

Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay (PISMU)

Aspectos de
salud mental

Autores

Ricardo Acuña

Médico psiquiatra.

Delia M. Sánchez

Doctora en Medicina. Magíster en Salud Pública y Medicina de la Comunidad. Magíster en Bioética. Coordinadora Académica del Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud. Prof. Agregada de la Unidad Académica de Bioética de Facultad de Medicina, UdelaR, Uruguay.

Correspondencia:

racuna@adinet.com.uy

*La única política con posibilidad de éxito es
«intentar hacer el futuro».*

Peter Drucker

Resumen

El presente trabajo intenta ser un aporte, fundamentalmente conceptual, para llevar adelante las necesarias transformaciones en Salud Mental (SM) en Uruguay. Se analiza la realidad nacional de esa área, se hace una breve referencia a su evolución en los últimos años, se recogen algunos enfoques internacionales que señalan la dirección de estos desarrollos y se propone una forma de alinearnos con ellos.

Palabras clave

*Promoción y prevención en Salud Mental
Políticas de Salud Pública
Funciones esenciales de Salud Pública
Determinantes sociales de la salud
Planificación estratégica
Modelo de atención
Calidad
Coordinación intersectorial*

Summary

The present paper attempts to be a conceptual contribution to carry out the necessary changes in Mental Health in Uruguay. The national situation of that area is analyzed, and a brief review of its evolution along the past recent years is made. Some international approaches pointing to the direction of these developments are collected, and suggestions are made with concordance to them.

Key words

*Promotion and prevention in Mental Health
Public Health policy
Essential Public Health functions
Social determinants of health
Strategic planning
Model of care
Quality
Intersectoral coordination*

Nota preliminar de los autores

La presente introducción no formaba parte del trabajo original y fue escrita para sintetizar algunos párrafos que fueron suprimidos por razones de espacio en la REVISTA DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY. El trabajo cumplió con las bases del llamado al Premio de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

1. Introducción al trabajo original

Son numerosas las referencias a la creciente incidencia de los trastornos mentales a nivel mundial. La OMS en el año 2001 afirmaba que aproximadamente 450 millones de personas padecían trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a trastornos mentales y representan el 12 % de la carga de morbilidad global. Se menciona la alta gravitación de los trastornos mentales y neurológicos en los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) que se pierden comparando el total de enfermedades, de lo cual resulta que cinco de las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos compulsivos. Las proyecciones estiman que para el año 2020 las enfermedades neuropsiquiátricas serán responsables del 15 % de las discapacidades y la depresión unipolar por sí sola será responsable del 5,7 % de los DALY.^{1,2}

Las condiciones de vida de las poblaciones en las sociedades modernas caracterizadas por el debilitamiento de la familia, las dificultades económicas, la pobreza, la inseguridad, la violencia, el consumo de sustancias y alcohol son en gran medida responsables de esta situación.³

La afectación de SM tiene impactos diferentes y en diferentes niveles. El primero de ellos es, obviamente, la demanda al sistema sanitario para la asistencia de estas personas.

Pero la situación de desventaja que genera dicha afectación hace que estas personas tengan dificultad para encontrar y sostener su trabajo, se afecte su economía personal y familiar, se comprometa su futuro con decisiones desacertadas y se encuentre en peores condiciones de cuidar de sí mismos. Son esos aspectos los que requieren respuestas también de la seguridad social, de la economía, del sistema educativo, del sistema legal y de las demás variables que determinan las condiciones de vida.

Un capítulo aparte y no menos importante es la afectación de las familias con personas con trastornos mentales. Frecuentemente incurren en gastos superiores que comprometen en diverso modo el desarrollo familiar, sin perder de vista la repercusión psicológica, que crea dificultades adicionales y hasta trastornos mentales de los cuidadores más cercanos.²

Otra perspectiva es la del Estado, que debe valorar el impacto económico directo por la carga a la seguridad social por asistencia psiquiátrica, psicológica y social y el indirecto por pérdida de productividad. Si pensamos en una visión amplia de los deberes del Estado, este tampoco debe perder de vista aspectos tales como la solidaridad, la justicia social y la calidad de vida de los ciudadanos si persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales.³

En nuestro país, si bien no contamos con datos epidemiológicos (salvo algunos puntuales, por ejemplo, índice de suicidios o prestación previsional por licencias médicas por trastornos mentales), no somos ajenos a esa realidad.

En Uruguay, las iniciativas para comenzar a implementar los cambios en SM alineados con las medidas propuestas en los documentos de OMS (del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 al actual Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020: Res A66/10 Rev.1 de mayo de 2013),⁴ de OPS (de la Declaración de Caracas del año 1990 a los Principios de Brasilia del año 2005), del Programa Nacional de SM y de la Comisión

Asesora Técnica Permanente del Programa de SM del MSP del año 2005⁵ quedan reducidas a experiencias de los psiquiatras vinculados a la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina o a la gestión de instituciones de asistencia pública, pero que no implicaron cambios estructurales sistémicos en el sentido actualizado que marcan dichos documentos.

Es impostergable implementar un nuevo modelo de asistencia y también de protección, promoción y prevención en SM, alineado con las recomendaciones de OMS y OPS, con la literatura científica y con los principios de los diferentes modelos y experiencias exitosas implementados en diferentes países, tomando como punto de partida los documentos y trabajos nacionales. Debe corresponderse con una concepción unitaria e integral de la SM, desde la perspectiva de la Salud Pública, para los temas emergentes que alcanzan a los estilos de vida y las relaciones humanas, adoptando nuevas formas de trabajo, de los profesionales a nivel individual y de las instituciones sanitarias, que incorporen la participación institucional coordinada de los diversos estamentos del Estado. Pero en Uruguay no se han propiciado las condiciones para comenzar esta discusión. Tampoco es posible dar respuesta a esta situación si se mantiene la actual organización de los servicios sanitarios, a la vez que tampoco alcanza con pensar en soluciones exclusivamente desde dichos servicios. Se requiere el esfuerzo sinérgico de los diversos actores, primero hacia un cambio efectivo del sistema sanitario en su modelo de gestión y atención y luego la incorporación de los diferentes sectores que tienen importante gravitación en los determinantes sociales de salud.

El presente documento pretende ser un insumo a la impostergable discusión que en Uruguay tenemos pendiente.

Su esquema expositivo tiene cuatro ejes: el marco teórico, los antecedentes a nivel nacional, la caracterización del modelo actual de SM y las bases de Plan Integral de Salud Mental para Uruguay, hasta donde es posible, fundamentalmente objetivos y actividades.

Aquellos colectivos que gestaron el Programa de Salud Mental del MSP tenemos que convocarnos y generar un Plan Integral de SM para Uruguay. Somos nosotros quienes debemos convencer al estamento político sobre la necesidad del Plan en el momento de su implementación. Que así sea.

2. Salud mental en el Uruguay: la historia reciente

En el año 1984, el documento de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay «Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio»⁵ aglutinó luego amplia participación de las organizaciones científicas, universitarias y sociales, y dio lugar al Programa Nacional de Salud Mental del año 1986 (PNSM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MSP),⁶ que dejó claramente planteadas algunas líneas de desarrollo.

El PNSM establecía como principales líneas de desarrollo:

1. Potenciación del primer nivel de atención.
2. Creación y desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales.
3. Inclusión de los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes, y la voluntad de superar el modelo asilar.

A partir de ese momento comenzaron a gestarse cambios alineados con el PNSM. En la Facultad de Medicina, la creación del Área de Salud Mental con la incorporación de la Neuropsicología y la reincorporación de la Psicología Médica que había sido suprimida por la intervención de la Facultad de Medicina en los años de la dictadura, la creación de la Residencia en Psiquiatría de adultos y en Psiquiatría pediátrica, y la incorporación de la psicoterapia en los servicios de Clínica Psiquiátrica forman parte de la lista, incompleta por cierto, de avances en los que participaban también las Facultades de Psicología, Enfermería y Servicio Social.⁷

Los hechos relevantes de esa etapa en el sector de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) fueron el cierre del Hospital Psiquiátrico de agudos Musto, convertido en hospital psiquiátrico durante la dictadura, la pérdida de relevancia del eje de asistencia representativo del sistema asilar conformado por las mencionadas colonias de alienados y el Hospital Vilardebó, por la disminución de los pacientes hospitalizados y la lenta mejora en las condiciones de hospitalización en esos establecimientos por las obras que se implementaron desde el año 1996.

En 1996, la creación de los equipos comunitarios de ASSE (que se han mantenido y ampliado su número hasta el momento), la habilitación de sectores de psiquiatría para hospitalización en hospitales generales en el interior del país, distribuidos en salas generales y unidades especializadas, y las experiencias de rehabilitación y de psicoterapia en el Hospital Vilardebó constituyen el puñado valioso de avances.^{8,9}

En 2005, con la asunción del primer gobierno de izquierda en la historia del país, que trajo como una de sus banderas el cambio en el modelo sanitario en el Uruguay, se esperaba por parte de todos los actores vinculados a la SM el comienzo de los cambios. El Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del año 2005 actualiza el diagnóstico de situación y establece por una parte los «problemas históricos más importantes»:

1. La marginación masiva de enfermos mentales.
2. El notorio retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales a los servicios públicos y a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC).

Por otra parte, «las mayores dificultades» que señala el PNSM son:

1. La mala calidad de los contratos del personal de salud.
2. El retraso de los sistemas de registro, elaboración de datos, evaluación de resultados,

construcción de indicadores y controles de calidad. Se trata de avanzar el arte en salud/enfermedad a un arte sostenido en comprobaciones.

3. La inmovilidad de las IAMC.
4. La separación del sector SM respecto de los servicios de salud.⁸

Luego de un período de marchas y contramarchas, aquel impulso que comenzó a implementar algunos cambios parece haberse detenido. No fue posible continuar avanzando en las líneas propuestas por el PNSM y confirmadas por el Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del año 2005, que establecía:

1. Elevar la calidad de hospitalización de los pacientes en los episodios críticos.
2. Consolidar los Centros de Salud en la comunidad.
3. Multiplicar los Centros de Rehabilitación.
4. Crear albergues comunitarios permanentes (hogares protegidos).
5. El acceso pleno o protegido de los pacientes a la vida social.

Más adelante, el mismo documento agregaba: «La construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud —con cambio del modelo asistencial— es una de las tareas prioritarias de la sociedad uruguaya para el período histórico que comenzaremos a transitar. Su primera fase deberá atender el estado de emergencia social con intervenciones sociales y sanitarias, urgentes y extendidas, sobre amplios sectores de la población. Las acciones en salud mental resultan imprescindibles. Es condición necesaria articular estas acciones en el primer nivel de asistencia.»⁸

El PNSM ha subrayado cuatro aspectos a enfatizar en la estrategia del primer nivel en la emergencia social:

La calidad en la relación entre el equipo de salud y la comunidad, que supere los desencuentros que son tan notorios.

Atender las problemáticas de nueva prevalencia (trastornos por estrés, trastornos adaptativos, trastornos depresivos y situaciones que merecen asistencia sin constituir trastorno).

Atender las condiciones y consecuencias de la violencia.

Atender el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones.⁸

A pesar de estas recomendaciones, no ha avanzado ni siquiera la discusión acerca de la forma o dirección que debe tomar el primer nivel, ni respecto de la salud en general, menos en SM.

La implementación del programa, si bien tuvo un comienzo prometedor y algunas mejoras se llevaron a cabo, no culminó en un sistema general que incorporara los últimos desarrollos, que mantuviera la discusión e intercambio en los niveles profesionales y académicos. Finalmente, desapareció o quedó muy limitada. No se realizó la evaluación de aquel programa ni se actualizó. Aquella prometedora etapa de cambios en SM que comenzó con la restauración democrática en 1986 y cuyo resultado fue dicho programa, tampoco tuvo cabida en la reforma sanitaria que se dio el país a partir de 2005.

El sistema asilar se perpetúa, mantiene niveles que podríamos denominar como «residuales» de asistencia asilar con aproximadamente 1.000 pacientes; tiene una inercia de continuidad, dado que no se destina presupuesto suficiente ni se han presentado planes para superar ese modelo.⁹

Si bien existen desde hace unos cuantos años estudios en los que muchos autores se inclinan a favor de mantener hospitales psiquiátricos y en cambio otros sostienen que es posible la sustitución total, todos ellos coinciden en la creación de fuertes dispositivos comunitarios.⁸⁻¹¹

Persisten sectores de esas instituciones con importante deterioro, lo que determina aún hoy condiciones deplorables de internación para muchos pacientes. Tampoco existe discusión sobre el modelo de desarrollo integral que se debería seguir por parte de los diferentes

actores involucrados, a pesar de los avances que se constatan a nivel internacional.

En el último período, las acciones que se llevaron adelante estuvieron limitadas a determinadas prestaciones sanitarias, incorporación del recurso psicoterapéutico por parte del sistema sanitario a nivel nacional a grupos prioritarios (todavía no universal)¹² y el Plan Nacional de Prevención del Suicidio.¹³

En términos generales, en Uruguay la SM prosiguió su histórica marginación, no se incorporó en la agenda de la política sanitaria y las organizaciones que tienen que ver con el tema no supieron o no pudieron presionar o convencer para colocarla en el centro de discusión. No se han incorporado en forma integral los fenómenos de violencia, marginalidad, alcoholismo y drogadicción, género, los problemas de la SM y trabajo, estigma de la enfermedad mental, entre otros.

La preocupación por la violencia, por ejemplo, problema que preocupa y alarma en nuestro país y en América Latina, requiere la inclusión de los componentes de prevención y promoción en la política de SM.^{14, 15}

Estas situaciones o sus derivaciones constituyen parte de la demanda a los servicios de SM a la que el país no ha sabido brindar soluciones integrales, completas y de calidad. No ha habido acciones sistemáticas y rigurosas para diseñar planes ni organizar los recursos, menos aun implementar políticas multisectoriales que involucren a las intendencias municipales, Desarrollo Social, Educación, a las organizaciones sociales, instituciones formadoras de los RR. HH., usuarios, familiares y población general.¹⁶⁻¹⁸

El Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del año 2005 mantiene total vigencia, por lo que puede constituirse en punto de partida para la elaboración de un nuevo plan de SM:

Aun cuando persisten realidades inaceptables, que no debemos admitir como inevitables, un nuevo estilo de atención está en condiciones de desplegarse: la hospitalización pautada,

de la mayor brevedad posible; la asistencia en la comunidad; la educación del paciente y su familia; los espacios psicoterapéuticos grupales y personales; la extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de usuarios, familiares y organizaciones comunitarias; el énfasis en los derechos humanos; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue; el acceso pleno de los pacientes a la vida social; el diseño de los proyectos terapéuticos con objetivos claros, concepción integral y evaluación sistemática; la distribución concertada de los roles en los equipos de salud; el mejoramiento de los contratos de técnicos y funcionarios. Este conjunto apuntará a articularse en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Pero hay un elemento adicional importante que debe ser considerado. En todas las propuestas en los diferentes documentos que abordan el tema de la SM en el Uruguay, sintetizadas en las tres líneas originales del PNSM o las recomendaciones del documento de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del año 2005, prevalece la perspectiva de la asistencia a la SM, los recursos disponibles para hacerla posible, la calidad de la asistencia y los derechos vulnerados por su afectación. No es de extrañar que esto sea así, dado que quienes realizan esos trabajos son clínicos y profesionales vinculados a la asistencia y a la formación fundamentalmente de los psiquiatras y psicólogos.

Aún se observan dificultades en el momento de pensar en políticas integrales de SM que incorporen acciones imprescindibles de prevención y promoción, políticas intersectoriales, reivindicar políticas públicas en SM, por ejemplo, SM en el ámbito laboral, SM en las escuelas, SM y estigma de la enfermedad mental, la problemática vinculada al género, por nombrar solo algunas. En ningún momento se plantea la necesidad de contar con recursos financieros para implementar esas políticas, tampoco se hace hincapié en la calidad, no solo de los servicios y de las prestaciones,

sino también de la función de rectoría. Debe ser permanente la preocupación por implementar políticas públicas sostenibles a nivel de poblaciones y de grupos de riesgo para el logro de impacto efectivo. Esto implica pensar en términos de Salud Pública tal como recomiendan los organismos especializados y la forma que adoptan las transformaciones, especialmente en Europa.

3. Marco teórico y fundamentos para la reforma en salud mental

Los Estados, los profesionales de la SM y las organizaciones internacionales especializadas en salud han definido principios y lineamientos de reformas de los sistemas de asistencia a la SM, y de políticas para atender la enfermedad mental y sus determinantes sociales.⁴

Además, no debe perderse de vista que «La alta comorbilidad entre los trastornos mentales y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y problemas sociales destacan la necesidad de crear políticas de salud pública integradas, dirigidas a conjuntos de problemas relacionados, determinantes comunes, etapas tempranas en las trayectorias de problemas múltiples y poblaciones en diferentes riesgos».²

De ahí la necesidad de tres conceptos ineludibles a la hora de implementar los cambios en SM: Salud Pública, funciones esenciales en Salud Pública y determinantes sociales de la salud.

3. a. Salud Pública, funciones esenciales en salud pública y determinantes sociales de la salud

La OMS cuando define la salud mental va más allá de la conocida definición de salud como el estado de bienestar físico, mental y social. Avanza realizando especificaciones que incluyen el completo bienestar subjetivo, el reconocimiento por parte de los individuos de sus habilidades, la capacidad de hacer frente

al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades.¹⁹

Si entendemos por Salud Pública «El esfuerzo organizado de la comunidad para proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde y en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo a su medio social, laboral y cultural», vemos que la SM no escapa a esta definición.²⁰

Entonces, toda reforma en SM deberá incorporar este concepto de salud pública tal como fue definido, como marco general, constituirlo en la herramienta que recupera el *valor de lo público* y garantizar el interés superior de las poblaciones.

La sociedad y los gobiernos deben organizar las acciones de Salud Pública para poner a disposición de las personas, de manera eficaz y eficiente, los recursos para la prevención, cura, la compensación o el alivio de los trastornos mentales y para hacer efectiva la SM tal como fue definida por la OMS.

En su informe 2001, la OMS establece diez recomendaciones para atender la SM; de ellas,

las tres primeras tienen que ver directamente con la asistencia y las restantes siete involucran la necesidad de implementar políticas de salud pública (cuadro 1).

La manera de llevar a la práctica estas recomendaciones es por medio de políticas implementadas por la autoridad sanitaria nacional en el ejercicio de las funciones esenciales de Salud Pública, que pueden verse en el cuadro 2.²¹

En el año 2005 se producen dos eventos del mismo signo que avanzan en el sentido que este documento propone. Uno, en América Latina, la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas 2005, que dio lugar a los Principios de Brasilia, principios rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental en las Américas.²² El otro evento tuvo lugar en Europa: la Declaración de Helsinki²³ y el Plan de acción de la Salud Mental para Europa de enero de 2005,²⁴ lo que dio lugar en octubre de 2005 al *Libro Verde. «Mejorar la salud mental de la población. Hacia una*

Cuadro 1. Diez recomendaciones para atender la salud mental: informe sobre la salud en el mundo 2001

- 1. Dispensar tratamiento en la atención primaria.**
- 2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.**
- 3. Prestar asistencia en la comunidad.**
- 4. Educar al público.**
- 5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.**
- 6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.**
- 7. Desarrollar recursos humanos.**
- 8. Establecer vínculos con otros sectores.**
- 9. Vigilar la salud mental de las comunidades.**
- 10. Apoyar nuevas investigaciones.**

Cuadro 2. Funciones esenciales de la Salud Pública

1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población.
2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
3. La promoción de la salud.
4. El aseguramiento de la participación social en la salud.
5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud.
10. La investigación en la salud pública.
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.

Aspectos de
salud mental

*estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental».*²⁵

Los Principios de Brasilia significaron un avance respecto de la Declaración de Caracas. Mientras que en esta se hace énfasis en la reorganización de los servicios, en Brasilia se apunta a la protección de poblaciones (grupos vulnerables, niñez, adolescencia) y situaciones específicas (conductas suicidas, alcoholismo, abuso de sustancias y violencia).

La realidad europea a partir de la Declaración de Helsinki de 2005 y el Libro Verde sobre la salud mental muestra un clima de consenso en toda la unión para llevar adelante estas ideas, independientemente de los logros alcanzados, los énfasis puestos hasta el momento o la diferencia en los modelos implementados.

El sentido principal de la Declaración de Helsinki es impulsar un giro de la atención a la SM hacia una concepción de salud pública

que implique a la sociedad civil e incorpore los cambios generados en SM. Dichos cambios afectan no solamente la relación entre el profesional de la SM y la persona enferma, sino que alcanzan a la propia organización y prestación de servicios, y las acciones de promoción y prevención en SM. Para que esta nueva tendencia se instale y sostenga son necesarios importantes cambios de actitud en la política, en la gestión de instituciones sanitarias, en los profesionales, y en las asociaciones de usuarios y familiares y población general.

La propuesta «Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe»²⁶ establece para los Estados europeos una prioridad clara: cada Estado miembro europeo debe disponer de un plan de acción para la promoción de la SM y la prevención de trastornos mentales, y define diez áreas de

Cuadro 3. Las diez áreas de intervención del Plan de acción de SM y la prevención de trastornos mentales para la promoción de la “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe”

1. Apoyar a los padres y a las madres durante la crianza y en las edades iniciales de la vida.
2. Promover la salud mental en las escuelas.
3. Promover la salud mental en el trabajo.
4. Promover el envejecimiento (mentalmente) saludable.
5. Atender a grupos de riesgo para trastornos mentales.
6. Prevenir la depresión y el suicidio.
7. Prevenir la violencia y el uso de sustancias tóxicas.
8. Implicar a la atención primaria y a la especializada en acciones de promoción y prevención.
9. Reducir al máximo las situaciones de desventaja social y económica, y prevenir el estigma.
10. Incrementar las actividades de enlace y cooperación con otros sectores.

Cuadro 4. Los cinco principios comunes para la promoción de la “Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe”

1. Expandir la base de conocimiento de la salud mental.
2. Apoyar una implementación efectiva.
3. Construir capacidad y entrenar a la fuerza laboral.
4. Involucrar a diferentes actores.
5. Evaluar el impacto de políticas y programas.

intervención y cinco principios comunes que pueden verse en los cuadros 3 y 4.

Se plantea una reforma integral que incluye todos estos aspectos: organización de la asistencia, acciones específicas a poblaciones y grupos de riesgo, jurídicos, ambientales y educativos, de manera de incidir sobre los determinantes sociales de la salud específicos.

Los determinantes sociales de la salud constituyen el otro eje conceptual y guía de las reformas sanitarias. Constituyen el

conjunto de factores del contexto ambiental, social, político económico y cultural que inciden en las personas en el transcurso de su existencia, incluido el sistema de salud. Son las políticas que se adopten las que incidirán sobre esos factores.

En última instancia dichos factores constituyen el correlato de la distribución del poder, de la riqueza y los recursos entre los países y en el interior de estos hasta el nivel local.

Hoy se sabe que los determinantes de la salud más importantes son los factores estructurales en la sociedad, las condiciones de vida de la población y los estilos de vida. Tras los análisis realizados y el conocimiento acumulado sobre desigualdades en salud, se sabe que el impulso a las políticas de vivienda, empleo, educación, urbanismo o disponibilidad de alimentos son claves para la salud de la población.

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud conformó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el entendido de que estos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias. El documento que elaboró la comisión exhorta a «que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y consideren la posibilidad de establecer políticas de protección social integrales y universales, y de fortalecerla, que prevean el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria, y promuevan la disponibilidad y el acceso universales a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar».²⁷

En la «Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud», documento aprobado en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud,

Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011, se reafirmaron esos conceptos.²⁸

3.b. Prevención y promoción en salud mental

El surgimiento de nuevas amenazas para la salud (estilos de vida no saludables con altos niveles de estrés, violencia, desigualdades sociales y las nuevas formas de pobreza, entre otras) impacta sobre el funcionamiento psíquico de las personas, las hace vulnerables y con riesgo aumentado de padecer trastornos mentales. Por esta razón, cobran especial relevancia los conceptos y desarrollos en prevención y promoción de salud.

Esta perspectiva es impulsada en forma importante por numerosos autores, agencias, ministerios y escuelas de Salud Pública de diferentes países, organismos como OMS y OPS (está recogido en el documento de OPS-OMS sobre las funciones esenciales de salud pública (FESP)²¹ y también como uno de los Principios Rectores de la reforma sanitaria en Uruguay.²⁹ En agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia, tuvo lugar la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y de ella surgió la Carta de Bangkok para la

Cuadro 5. Acciones recomendadas por la Carta de Bangkok

- **abogar** por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad;
 - **invertir** en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud;
 - **crear capacidad** para el desarrollo de políticas, el liderazgo, las prácticas de promoción de la salud, la transferencia de conocimientos y la investigación, y la alfabetización sanitaria;
 - **establecer normas reguladoras y leyes** que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas; y
 - **asociarse y establecer alianzas** con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.
- También ha habido desarrollo específico en el área de SM. La Declaración de Luxor del año 1989 es uno de los documentos más importantes sobre prevención y promoción en SM de una organización internacional, la Federación Mundial de Salud Mental.³² En el cuadro 6 se extractan los artículos 3 y 7.

Cuadro 6. Declaración de Luxor Art. 3 y Art. 7

Art. 3. La prevención de la enfermedad y del trastorno mental o emocional y el tratamiento de aquellos que los sufren exige la cooperación entre sistemas de salud, de investigación y de seguridad social intergubernamentales, gubernamental y no gubernamentales, así como de las instituciones de enseñanza. Una cooperación semejante comprende la participación de la comunidad y la intervención de las asociaciones de atención mental, profesionales y voluntarias, y también de los grupos de consumidores y de ayuda mutua, incluirá la investigación, la enseñanza, la planificación y todos los aspectos necesarios acerca de los problemas que pudieran surgir, así como la prestación de servicios directos.

Art. 7. La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental.

La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados, en la medida de lo posible dentro del contexto de una infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y a la enfermedad mentales y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

promoción de la salud en un mundo globalizado (cuadro 5).³⁰ Esta no hacía más que insistir en los principios adelantados en 1986 por la Carta de Ottawa.³¹

El centro de este enfoque se resume en que para mejorar la SM no basta con tratar las enfermedades mentales de manera efectiva. La promoción de la SM y la prevención de las enfermedades mentales implica una reducción del riesgo de enfermedades mentales y de las alteraciones de conducta, lo que impacta no solo en el plano sanitario general, sino también en lo social y económico, en la medida que favorece la inclusión social y la productividad, con disminución del coste en materia de costo de asistencia social y atención sanitaria.

La Agencia de Salud Pública de Canadá hace ya diez años establecía la importancia de la promoción en SM. Su objetivo es la mejora de la SM priorizando las fortalezas individuales, capacidades y posibilidades de recuperación y las acciones sobre sus determinantes con

cambios planificados del ambiente social y físico.³³

La estrategia de promoción y la prevención de la SM de la Unión Europea desarrollada en el *Libro Verde*²⁵ avanza también con esta lógica, tanto en sus aspectos teóricos como en sus acciones.

Tomando en cuenta dichas referencias, las acciones a ser implementadas respecto de la prevención en SM deben reunir algunas características; alcance multicausal, con abordaje de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales con implementación de programas pensados en términos de salud pública, tal como fue definida más arriba.²⁰

Sobre la persona, los objetivos y las acciones deben estar dirigidos a reforzar la «resiliencia».^{34, 35}

Sobre las poblaciones, como concepto general, implica realizar intervenciones dirigidas a incrementar el capital social, promover conductas sanas de crianza, mejorar la seguridad, reducir el estrés en las escuelas, liceos y en los lugares de trabajo. Las diferentes poblaciones

de riesgo que se definan tendrán medidas específicas de acuerdo con las características de cada una de ellas.

4. Caracterización resumida del modelo actual de SM en el Uruguay

Recursos disponibles:

Las prestaciones en el área de la SM a las que tienen derecho los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud están definidas taxativamente en el Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS), e incluyen además de la consulta especializada:

- Estudio neuropsicológico
- Estudio pedagógico
- Evaluación psicomotriz
- Psicodiagnóstico
- Psicoprofilaxis del parto
- Micronarcosis o terapia electroconvulsiva
- 30 días de internación psiquiátrica anuales

Para los pacientes con consumo problemático de drogas se asegura:

- Apoyo u orientación telefónica o presencial, accesible 24 horas diarias.
- Servicio de atención ambulatoria específico, integrado por un equipo multidisciplinario que funcione no menos de tres veces por semana, para la atención individual y/o grupal y/o familiar.
- Servicio de internación para la atención de la intoxicación severa con drogas, independiente de la internación psiquiátrica.

Según el Censo de Recursos Humanos en Salud del MSP (2010), ejercían ese año en el país 320 psiquiatras de adultos, 65 psiquiatras infantiles y 2.927 psicólogos. Estos números pueden ser menores que los profesionales verdaderamente existentes, por un posible subregistro.

En cuanto a recursos de internación psiquiátrica de agudos, se cuenta con 600 camas, incluyendo 300 públicas en el Hospital Vilardebó (150 de ellas judiciales) y 300 privadas.⁹ Las camas de internación crónica de pacientes psiquiátricos se concentran en el sector público, con 1.345 disponibles al año 2008.

Podemos analizar el sistema con una matriz FODA:

Fortalezas

En lo asistencial:

1. Número importante de profesionales y adecuado nivel de formación profesional.
2. Distribución de profesionales con presencia en todos los departamentos.
3. Aceptable desarrollo del nivel asistencial de enfermedad mental incluyendo la hospitalización.
4. Aceptable grado de acceso por parte de la población a los tratamientos farmacológicos actualizados y electroconvulsoterapia.
5. Equipos de gestión en la dirección de SM de ASSE con importante experiencia, formación y capacitación.
6. Reciente incorporación de la psicoterapia en las prestaciones de las instituciones de asistencia integral.

En lo referente a salud pública:

1. Fortalecimiento del MSP como autoridad rectora desde 2005.
2. Importante experiencia capitalizada por el cuerpo técnico del MSP desde 2005.
3. Las iniciativas impulsadas desde 2005 a la fecha por las sucesivas direcciones del Programa de Salud Mental del MSP.
4. Se han implementado políticas sociales de apoyo a grupos vulnerables.

Oportunidades

En lo asistencial:

1. Equipos de gestión en la dirección de SM de ASSE con importante experiencia, formación y capacitación (fortaleza y oportunidad).
2. «Buena sintonía» entre las autoridades del MSP y ASSE.
3. Incremento importante del presupuesto en ASSE.

En lo referente a salud pública:

1. Nueva dirección del Programa de SM.
2. El ministro de Desarrollo Social es el ex-ministro de Salud Pública.

Debilidades

En lo asistencial:

1. Importante déficit en el desarrollo de actividades de rehabilitación; se deja en segundo plano los enfoques de promoción y prevención, las estrategias poblacionales de salud pública y el abordaje intersectorial.
2. Insuficiente desarrollo del primer nivel de atención a la SM e inexistencia de niveles intermedios de acogida, hospitales de día, centros nocturnos, escasez de servicios y programas comunitarios intermedios de rehabilitación y acogida.
3. En Montevideo y departamentos vecinos el 100 % de las camas de internación se mantienen en hospitales y clínicas alejadas de los hospitales y sanatorios generales. Persistencia del modelo asilar.
4. Ausencia de definiciones de las prestaciones y de las funciones específicas diferenciadas de cada uno de los niveles de asistencia.
5. Ausencia de equipos de SM o debilidad en su funcionamiento en tanto tales en los lugares que cuentan con ellos.
6. Ausencia de definiciones de roles profesionales en las instituciones que cuentan con equipos de SM.
7. Falta de incentivo a los profesionales (carrera sanitaria, retribuciones que reflejen las diferencias de capacitación, compromiso,

fidelización institucional, inserción en el primer nivel, etc.).

8. Debilidades en la distribución, formación, capacitación permanente y reconversión de los recursos humanos para el trabajo dentro de la perspectiva de atención integral en SM.
9. Debilidades en los sistemas de registro de historias clínicas y guías clínicas de conducta, tratamiento y evaluación.
10. Debilidades en el sistema de seguimiento de los pacientes a los efectos de asegurar la continuidad de los tratamientos.
11. Límite en los días de internación de pacientes en el subsector privado.

En lo referente a salud pública:

1. Ausencia de liderazgo del MSP.
2. Escasa formación en salud pública y gestión sanitaria y ausencia de planificación de las autoridades ministeriales, de la dirección del programa de SM y de los profesionales con responsabilidad de dirección; por lo tanto, inexistencia de dirección estratégica en las políticas de SM e importantes debilidades en la gestión estratégica de los servicios y de los recursos humanos.
3. Nulo desarrollo de una perspectiva de «Salud Pública» en SM y de una perspectiva de determinantes sociales de salud, prevención y promoción de salud en SM.
4. Insuficiente desarrollo de programas específicos y de coordinación interinstitucional para la atención de los trastornos por consumo de sustancias, la violencia doméstica, la delincuencia infanto-juvenil, o programas especiales de empleo protegido, género, infancia, juventud, etc.
5. Déficit en actividades para la sensibilización y toma de conciencia sobre el problema de la SM al nivel político y a la población general. No aparece en la «agenda política»
6. Notoria debilidad respecto de la investigación clínica y de salud pública específica del área de SM.
7. Ausencia de datos epidemiológicos de morbilidad, por lo que se ignora la carga real de las enfermedades mentales.

8. Ausencia de profesionales de la salud pública o de epidemiología en los niveles de dirección de SM.
9. Marginación de la SM en el contexto de la medicina y de las políticas sociales en general, lo que se asocia al tema del estigma de la enfermedad mental.
10. Los colectivos profesionales trabajan en forma desintegrada y no se comprometen con el cambio del modelo.

a los procesos de planeamiento y gestión como en lo relativo a la determinación de su impacto; hacer sustentables los proyectos locales de SM comunitaria, articularlos con el nivel primario y hacer patente su presencia, contar con estadísticas fidedignas y arribar a un consenso en cuanto a las funciones correspondientes a la SM comunitaria y las atinentes a la práctica de la psiquiatría en la atención primaria.³⁷

Amenazas

En lo asistencial y lo referente a salud pública:

1. Escenario general de corporativismos en alza.
2. Escenario general de descaecimiento, denigración y/o vulgarización del conocimiento científico-técnico.

5. Consideraciones para encarar los cambios

Anthony Robert N. define planificación estratégica como el «Proceso que se sigue para determinar los objetivos y las metas de una organización y las estrategias que permitirán alcanzarlas».³⁶

El objetivo debe ser diseñar, desarrollar e implementar una «nueva estrategia en salud mental» que responda a las nuevas necesidades y exigencias sociales, con proyección en las políticas sociales. El instrumento para ello es un Plan Integral de Salud Mental del Uruguay (PISMU).

El Dr. Guillermo Barrientos sintetiza bien las tareas que debemos llevar adelante en su trabajo «Salud mental en atención primaria en América Latina: avances y obstáculos en los últimos 15 años». Coloca el eje en la superación del modelo tradicional curativo y enumera los elementos necesarios para conseguirlo; contar con políticas, planes y programas nacionales de SM y disponer de recursos técnicos para su evaluación y monitoreo, tanto en lo atinente

6. Lineamientos para la elaboración de un Plan Integral de Salud Mental del Uruguay (Pismu)

Hemos definido la dirección en la que debemos avanzar, sin perder de vista que «Las políticas que tienen repercusiones negativas en la SM son, entre otras, la asignación deficiente de recursos que favorece a los centros psiquiátricos anticuados e inapropiados en detrimento de la asistencia comunitaria; la financiación insuficiente de los servicios de SM; la existencia de recursos humanos y físicos inadecuados; una atención insuficiente a la calidad y la rendición de cuentas; legislación que discrimine a las personas con trastornos mentales (o ausencia de legislación que las proteja) y sistemas de información sobre la salud mental desconectados de los sistemas de información sobre la salud general (en caso de que existan)».³⁸

El Dr. Giovani De Plato, asesor del MSP en SM en los años noventa, afirma: «Hace falta afrontar estos nuevos desafíos también en el campo de la SM propiamente dicha. Estos podrán superarse adecuadamente, siempre y cuando se elabore programa integrado e interinstitucional para:

- Promover la salud de la persona y de la comunidad, y
- crear una red de servicios que construya lazos, encuentros e intercambios.

La nueva perspectiva consiste en brindar oportunidades a la persona para que dé fuerza a su proyecto de vida y a sus relaciones co-

munitarias. La red de servicios se configura, entonces, como un andamiaje que permite a la persona erigirse en agente reformador de su vida y del sistema social».³⁹

Por lo tanto, para realizar una reforma de la SM del calado y profundidad que se propone en el documento, tanto en contenidos como en procesos, es necesario desarrollar una serie de «preparativos» que nos permitan afrontar con solvencia y seguridad, no solo el debate a nivel interno y social sobre la «nueva salud mental», sino las posibles resistencias de los colectivos implicados a asumir estos elementos de cambio.

6. a. Plan estratégico

La salud pública en SM conlleva aspectos eminentemente técnicos y otros vinculados a valores y a derechos de los pacientes. Los aspectos técnicos refieren a una forma de organizar la asistencia y definir las políticas de SM. Los valores y derechos de los pacientes refieren, por una parte, a que el interés de las poblaciones primará sobre intereses corporativos y por otra, a que el paciente tiene derecho a una atención eficaz y oportuna, y a políticas que contribuyan a la integración social, al trabajo, a instancias educativas y contra el estigma de la enfermedad mental.

La perspectiva de la salud pública en SM avanza en esa dirección y por lo tanto, una reforma inspirada en ella debe incorporar los diferentes enfoques probados por la evidencia y ejecutar acciones que vayan más allá de la asistencia y alcancen a la convivencia social, las relaciones de las personas entre sí y las personas con su entorno.

Reconoce la existencia de la enfermedad mental como fenómeno que distorsiona el funcionamiento del psiquismo que conduce a la incapacidad transitoria o definitiva del sujeto que la padece, pone en riesgo su vida o compromete su futuro y trae sufrimiento adicional a las vicisitudes del vivir a quien la padece y a su familia.

Pero el enfoque que se propone incorpora la prevención y promoción de salud pensando en términos de poblaciones y en las acciones sobre los determinantes sociales de la SM.

Reorganiza la asistencia procurando una distancia mucho más estrecha entre el profesional y el usuario, su familia y su medio. A la vez trata de abordar no solo las consultas habituales de la nosografía psiquiátrica sino también las situaciones que han adquirido un estatus mixto, «psicosocial», fenómenos que han aparecido o se han incrementado (violencia en general, violencia doméstica, adicciones, aspectos vinculados al género o al envejecimiento, entre otros).

Es impensable que esta nueva organización de la SM se encuentre alejada del cambio de modelo general de asistencia, por lo que requiere de la explicitación de definiciones del último.

No es posible la construcción de un modelo de estas características sin la coordinación con el primer nivel de asistencia, con los médicos de familia y la participación de los profesionales de la SM en la creación efectiva del modelo de atención a la SM en el primer nivel. Es ineludible esa coordinación en tanto implica el abordaje de poblaciones específicas, especialmente aquellas de mayor riesgo, e incorpora en forma sistemática las acciones de prevención y promoción de SM a nivel local.

Por lo tanto, deberemos diseñar e implementar un Plan Integral de Salud Mental que tome como base general los lineamientos arriba señalados y el estado de desarrollo del sistema de SM nacional, por lo que deberá:

1. Desarrollar un modelo integrado e integral de SM, que incorpore no solo los aspectos asistenciales, sino que avance en la perspectiva de prevención y promoción en SM, en la de los determinantes sociales. La multidisciplinaria y la intersectorialidad serán modalidades de trabajo indispensables. La primera convocará, además de a las profesiones históricamente involucradas, a la epidemiología, la gestión de la calidad, la gestión de procesos asistenciales, la

evaluación de servicios; la segunda, a los niveles gubernamentales que tienen que ver con el desarrollo social, la educación, la justicia, la vivienda y el trabajo.

2. Establecer prioridades, elaborar políticas específicas dirigidas a diferentes poblaciones y actuar en el nivel local.
3. Ser moderno e innovador. Debe amalgamar las características poblacionales y profesionales del Uruguay.
4. Tomar en cuenta las mejores experiencias nacionales e internacionales.
5. Dar respuesta a las viejas demandas y a las nuevas situaciones, ser sensible a las demandas sociales.
6. Describir los principios y componentes que marcan la dirección en la que se pretende avanzar.
7. En lo referido a los componentes, habrá que seleccionar cuáles de ellos formarán parte de un primer plan (no es posible abocarse a superar todas las debilidades y enfrentar todas las amenazas en una primera instancia).
8. Propiciar, para su diseño, la participación general de todos los actores y lograr los apoyos más amplios buscando la voluntad y el compromiso político con la reforma, elemento imprescindible, requiere liderazgo y «... exige decisiones políticas, el manejo de recursos humanos y financieros, la promoción de medidas organizativas, la negociación con los diversos sectores involucrados en la atención mental, el monitoreo de las reformas, etc.».⁴⁰

En suma: promover políticas, hacer abogacía y gestión técnica incorporando la cultura de la calidad y la mejora permanente, un concepto de organización guiado por valores, y estableciendo coaliciones inteligentes por la SM para trabajar e intervenir intersectorialmente.

6. b. Principios y componentes

Principios generales

El modelo que se plantea comparte con el de Salud Pública la necesidad de contribuir a incorporar población al progreso y reducir las desigualdades en búsqueda de una mayor cohesión social. Por lo tanto contempla una atención preferente a la población que presenta situación de mayor vulnerabilidad e incorpora la mirada de género como elemento transversal que incide también en la SM.

Los principios generales son comunes al conjunto del sistema de salud, y son conocidos, por lo que solo los enumeramos: universalidad, accesibilidad, solidaridad, sostenibilidad, equidad y participación.

Del mismo modo, la «participación responsable», entendida como el aporte de la perspectiva de los actores sociales en la temática de la SM y no como la búsqueda de beneficios corporativos y/o personales y/o político-sectoriales, es un principio general común, que precisa ser reforzado a todos los niveles en el marco de la reforma del sistema sanitario en Uruguay, creando estructuras, órganos y formatos que la faciliten y hagan operativa.

Principios operativos

La SM será un elemento presente que deberá ser evaluado en las distintas políticas e intervenciones sociales en general y de salud en particular. Por lo tanto, se constituye en eje transversal de todas las políticas sociales.

Flexibilidad. La nueva estrategia de SM y su organización (como herramienta de la estrategia) deben ser flexibles para poder adaptarse a las insuficiencias de diseño y corregir rápidamente sus errores e incorporar nuevos enfoques.

Dinamismo. Debe dar respuesta oportuna y acorde a las etapas de desarrollo del plan a las demandas de la población y en la interna de la organización en la evaluación de sus resultados.

Coordinación y comunicación. El despliegue territorial de los nodos (entendido como la instancia intersectorial a nivel local que define

las prioridades y las formas de implementación de las políticas en su ámbito) y los servicios de SM constituye una de sus novedades y se constituye en eje fundamental para el desarrollo del Pismu. Por esa razón, es uno de sus puntos críticos. Implica un «saber hacer» único en el ámbito central con visión y vocación territorial, por lo que se torna imprescindible asegurar una efectiva coordinación y fluida comunicación interadministrativa, interinstitucional e intersectorial.

Rigurosidad. Las acciones que se lleven adelante deberán estar, cuando corresponda, fundadas en el estado del arte o debidamente fundamentadas respecto de la gestión, la asistencia y las intervenciones intersectoriales, educativas, etc.

Coordinación intersectorial. El nivel local constituye un ámbito esencial para la intervención en SM y las intendencias y municipios, las organizaciones sociales locales, socios estratégicos son agentes clave para la ejecución de todas las acciones.

Las políticas de prevención y promoción de salud en general y en particular de SM son prioritarias en el primer nivel y a la vez este es el punto de encuentro de las acciones de los ministerios de Desarrollo Social, Vivienda, Trabajo, Educación, el Poder Judicial, organismos como INAU, organizaciones sociales, etc.

Principios de actuación

Calidad. «En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si estos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Esta definición incorpora dos componentes: 1) para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos y 2) para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual».⁴¹

La reorganización de los servicios, la coordinación interinstitucional y la participación local

serán elementos de necesaria implementación también desde la perspectiva de la calidad.

La definición de las competencias profesionales en cada nivel y la implementación de un sistema de carrera sanitaria permitirán poner en marcha estrategias de mejora de la calidad de las actuaciones de los profesionales.

Eficacia-eficiencia. La eficacia, entendida como el cumplimiento de los objetivos esperados en el tiempo previsto y con la calidad esperada, y la eficiencia, como el cumplimiento de los objetivos de una iniciativa al menor costo posible.⁴²

Innovación. Los nuevos retos emergentes en SM hacen imprescindible la innovación de los contenidos, procedimientos, formas organizativas de asistencia y abordaje integral a la SM y por lo tanto en la formación de los recursos humanos.

6. c. Fase de planificación

Objetivos y estrategias

Objetivo general

Articular una respuesta integral, universal, eficaz y eficiente a los problemas de SM desde una perspectiva individual y poblacional desde los aspectos asistenciales, de prevención, promoción y rehabilitación integral.

Los 5 ejes del Pismu

El Pismu deberá contar con cinco ejes estratégicos que sintetizan los caminos para la superación de los problemas descritos. Cada uno de ellos incorporará objetivos, acciones, metas e indicadores propios.

Eje 1. Políticas y acciones de prevención y promoción en salud mental

Objetivo general

Desarrollar estrategias de prevención y promoción en SM específicas para poblaciones con déficits socioeconómicos (intervenciones poblacionales), colectivos vulnerables, ámbitos laboral y educativo.

Objetivos específicos

Crear instancias de coordinación intersectorial amplia y permanente para la implementación de las estrategias de prevención y promoción en SM.

Incluir la prevención y promoción en SM en las actividades y programas de promoción de salud en general, programas prioritarios del MSP y en las políticas sociales.

Incluir la perspectiva de SM en todas las políticas sociales a implementar.

Actividades

Realizar reuniones tendientes a lograr el compromiso de los agentes de gobierno, sociales, institucionales, sectores de la producción, el comercio, la educación para el cumplimiento del objetivo N.º 1.

Participar en forma permanente en las instancias de diseño de las políticas del MSP de prevención y promoción de salud a los efectos de incorporar, cuando corresponda, los aspectos vinculados a la SM.

Participar de las instancias de diseño de las políticas sociales a los efectos de incorporar, cuando corresponda, los aspectos de prevención y promoción de SM.

Convocar, desde el Programa de Salud Mental, a los sectores del MSP que corresponda y a la academia para constituir grupos de trabajo para el diseño de estrategias específicas de prevención y promoción en SM para poblaciones específicas: patología mental grave y persistente, trastorno por consumo de sustancias, personas en situación de calle y otras poblaciones vulnerables.

Convocar y realizar reuniones, talleres y seminarios con todas las organizaciones profesionales, sociales y políticas cuyo resultado conduzca a la conformación de grupos de trabajo para la elaboración del Plan de Participación Ciudadana, incluyendo el nivel local.

Eje 2. Componentes: recursos humanos, investigación, atención integral y gestión de calidad

Objetivos específicos

Definir la plantilla horizonte sobre el número de profesionales necesario para la ejecución de las actividades del Pismu, que incluya su distribución, formación, capacitación, ritmo de incremento y grado de reclutamiento.

Definir la carrera sanitaria con las características reseñadas.

Definir un mapa de competencias comunes y específicas necesarias según las funciones, cometidos y responsabilidades atribuidas, incluidas las de dirección y gestión. Establecer los criterios de acreditación profesional.

Diseñar e implementar los procesos asistenciales integrados para las enfermedades mentales, su gestión clínica, y diseñar e implementar un plan de calidad en los servicios de SM.

Implementar actividades de reperfilamiento y capacitación continuada en clínica y gestión de manera de facilitar la adaptación a los cambios impulsados por el Pismu, y estímulo a la investigación incluyendo a los médicos de familia y del primer nivel en SM.

Identificar prioridades de investigación en SM y negociar su inclusión en la agenda de investigación en salud de la ANII y la Universidad de la República.

Desarrollar indicadores de morbilidad y factores de riesgo en salud mental e incorporarlos a la vigilancia epidemiológica del MSP.

Conformar una red de asistencia con criterios únicos, integrada al sistema de asistencia general (incluyendo al sector privado), desarrollando un sistema territorial con centros locales de asistencia a la SM con funciones de prevención, promoción, asistenciales y capacidad de resolución, centros de medio camino, de rehabilitación, hospitales de día, de noche. Un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia y grupos de trabajo multidisciplinarios y pluriinstitucionales

Diseñar programas intersectoriales para problemas específicos, drogadicción, violen-

cia doméstica, SM en el trabajo, reinserción sociolaboral, SM en las escuelas, convivencia sociofamiliar.

Implementar un sistema de continuidad de cuidados que establezca el seguimiento de los pacientes por parte del equipo en todos los niveles de la asistencia, con la instrumentación de las medidas administrativas que corresponda.

Crear sistemas unificados de registro y evaluación que permitan la comparación, historia clínica electrónica, prescripción electrónica.

Actividades

Convocar y llevar adelante reuniones de trabajo con las divisiones correspondientes del MSP y cuando corresponda con las organizaciones profesionales, de trabajadores, Udelar, otros estamentos del Estado y organizaciones sanitarias internacionales para diseñar el sistema de servicios, definir los equipos profesionales que estarán al frente de los diferentes servicios de SM, incluida la discusión sobre carrera sanitaria, gestión por competencias profesionales, gestión clínica, gestión por procesos y mapa de competencias profesionales.

Organizar cursos, talleres y seminarios de capacitación para presentar el modelo de organización de la SM que se pretende implementar.

Realizar cursos, talleres y seminarios de clínica para médicos de familia y del primer nivel con el objetivo de posibilitar la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades para poder responder mejor a las necesidades y retos actuales en la protección de la SM.

Organizar jornadas de actualización en SM para directivos de instituciones, a realizarse antes del curso de actualización de profesionales de la SM y con el fin de destacar la necesidad del cambio en las estrategias de salud pública y su papel protagónico en este proceso.

Realizar convenios de capacitación para las nuevas necesidades del sistema, con instituciones internacionales de acreditada solvencia.

Realizar talleres de identificación de prioridades de investigación y desarrollo de indicadores epidemiológicos.

Conformar un grupo de trabajo integrado por representantes del Programa de Salud Mental y la Universidad de la República, entre otros, para sentar las bases hacia la elaboración de un plan de calidad de los servicios de SM, y la elaboración de guías clínicas.

Identificar los servicios de SM ya incluidos en la cartera del SNIS y adecuarlos, cuando corresponda, a los nuevos objetivos.

Identificar servicios de SM no incluidos en la cartera con vistas a su incorporación al sistema sanitario en sus distintos niveles, e identificar sus costos y fuentes de financiamiento.

Categorizar y habilitar los servicios sobre la base de las nuevas exigencias.

Diseñar, implementar y coordinar con el primer nivel las acciones de prevención y promoción de la SM.

Construir un registro para seguimiento de pacientes asistidos en el área de SM, la asistencia comunitaria en SM y creación de una forma de registro unificada a nivel nacional, que brinde las garantías de confidencialidad necesarias.

Definir el modelo organizativo, aclarando y situando las responsabilidades en los diferentes niveles de intervención, e identificar a los interlocutores y definir los flujos de relación.

Eje 3. Visibilidad y comunicación

Objetivos específicos

Establecer una estrategia de comunicación dirigida a profesionales y trabajadores de la SM y la población general, definiendo a la vez el relacionamiento con los medios de comunicación y con los demás sectores coparticipantes en la implementación del plan.

Actividades

Elaboración de la estrategia de comunicación del Programa de Salud Mental.

Eje 4. Políticas territoriales participativas

Objetivos específicos

Creación de una red local de acción en SM.
Diseño de Plan de Salud Mental local.

Actividades

Convocar y realizar reuniones, talleres y seminarios con todas las organizaciones profesionales, sociales y políticas a nivel departamental y local para debatir sobre el modelo de SM que el departamento y los niveles locales necesitan con vistas a la creación de la Red Departamental y Local de Acción en SM y cuyo resultado conduzca a la conformación de grupos de trabajo para la elaboración del Plan Integral de Salud Mental departamental (Pismede) y local (Pismel).

Eje 5. Línea política, desarrollo político y búsqueda de respaldo

Objetivos específicos

Elaborar una visión compartida de la SM que queremos poner en marcha en Uruguay y en consecuencia elaborar el Plan Integral de Salud Mental del Uruguay.

Diseñar un plan de participación ciudadana, incluyendo el nivel local.

Elaborar un presupuesto específico y estable que muestre un compromiso firme para apoyar estas actuaciones. Evaluación adecuada de las actividades desarrolladas y difusión en medios fácilmente accesibles.

Generar las alianzas necesarias para el diseño y aprobación de la normativa necesaria para llevar adelante el Pismu, los Pismede y los Pismel.

Incorporar cuadros directivos y responsables políticos a la visión de la SM que necesitamos para implementar el Pismu en el marco del SNIS, de manera que se constituyan en facilitadores del cambio.

Actividades

Realizar encuentros con integrantes de otros sectores del Estado y distintas organizaciones sociales para dar a conocer la perspectiva de la SM, elaborar un documento que recoja la síntesis de las actividades y llame a la convocatoria de una comisión ministerial con amplia participación para elaborar el Pismu.

Convocar y realizar reuniones, talleres y seminarios con todas las organizaciones profesionales, sociales y políticas para debatir sobre el modelo de SM que el país necesita y cuyo resultado conduzca a la conformación de grupos de trabajo para la elaboración del Pismu.

Convocar y realizar reuniones con las diferentes instituciones universitarias formadoras de recursos humanos para comenzar a alinear la formación y capacitación de los recursos humanos con los objetivos del Pismu.

Convocar a instancias de evaluación y difusión de resultados.

Convocatoria a los diferentes ministerios, institutos, direcciones, intendencias municipales, organizaciones sociales para constituir el Plenario Nacional de Salud Mental con las funciones de definir, facilitar, propiciar, vehicular y coordinar políticas intersectoriales de SM, con el liderazgo del MSP.

Las actividades correspondientes a este eje se desarrollarían en dos etapas: la primera podría coincidir con el período que queda hasta las elecciones nacionales y la segunda se desarrollaría, previsiblemente, en los dos próximos períodos de gobierno, por lo que requiere los acuerdos políticos necesarios para elevar la reforma a la categoría de política pública.

La fase de planificación debe culminar con la definición de las metas y de los indicadores de impacto y de resultado correspondientes.

El presente trabajo, pensado como un insumo para la discusión, como un borrador a partir del cual deberá definirse el documento definitivo, no puede avanzar en esos aspectos concretos vinculados a la implementación, dado que requiere contar con definiciones políticas y tomar en cuenta el grado de avance

de concreción de un ámbito intersectorial y de consecución de los recursos económicos correspondientes. La fase de implementación se desprende también de la culminación de la etapa anterior y su comienzo estará definido por el nivel político.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001: [178]. Disponible en: <<http://www.who.int/>>. (Consulta: julio 2013.)
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales Intervenciones Efectivas y Opciones Políticas Informe Compendiado. 2004 [67]. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf>. (Consulta: julio 2013.)
3. **Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A.** World Mental Health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press; 1995, pp. 3-258.
4. Organización Mundial de la Salud. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Informe de la Secretaría A66/10 Rev.1 Punto 13.3 del orden del día provisional 16 de mayo de 2013.
5. Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Situación de la asistencia psiquiátrica y propuesta de cambio. Rev Psiquiatr Urug 1986; 51:1-16.
6. Uruguay. Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública; 1986.
7. **Ginés AM.** La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente. Rev Urug de Psicoanálisis 1997; 84/85:239-272.
8. Uruguay. Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(2):155-160.
9. **Arduino M, Ginés AM, Porciúncula H.** El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(2):129-150.
10. **Lamb RL, Bachrach LL.** Some perspectives on deinstitutionalization. Psychiatr Serv 2001; 52:1039-1045.
11. **Jiménez Estévez JF, Maestro Barón JC.** Las necesidades de hospitalización prolongada. Cuad Psiquiatr Comunitaria 2004; 4 (2):175-194.
12. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud MSP. 2011:32. Disponible en: <<http://www.comef.com.uy>>. (Consulta: julio 2013.)
13. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015.
14. **Caldas de Almeida JM.** Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. En: Organización Panamericana de la Salud. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007, pp. 26-27.
15. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2003, p. 381. Disponible en: <<http://iris.paho.org>>. (Consulta: julio 2013.)
16. **Minoletti A, Calderón AM.** Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la región de las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud. La reforma de los servicios salud mental: 15 años después

- de la Declaración de Caracas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007, pp. 79-86.
17. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Organización Mundial de la Salud; 2004: 69. Disponible en: <<http://www.who.int>>. (Consulta: julio 2013.)
 18. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Resumen analítico. 2001, p. 28. Disponible en: <<http://www.who.int>>. (Consulta: julio 2013.)
 19. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. 2004, p. 52. Disponible en: RR. HH. <<http://www.who.int>>. (Consulta: julio 2013.)
 20. **Piédrola Gil G.** Medicina preventiva y salud pública. 10.^a ed. Barcelona: Masson; 2002.
 21. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Funciones esenciales de Salud Pública (FESP). Documento, CD 42/15 XLII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. LII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC; setiembre de 2000.
 22. Organización Panamericana de la Salud. Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. 2005: 4. Disponible en: <<file:///C:/Users/user/Downloads/OPS+2005+-Principios+de+Brasilia-.pdf>>. (Consulta: julio 2013.)
 23. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Salud Mental 2005: 8. Disponible en: <<http://feafes.org/publicaciones/declaracion-helsinki-4244/>>. (Consulta: julio 2013.)
 24. Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud para la Salud Mental, Helsinki, 2005.
 25. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2006, p. 26. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf>. (Consulta: julio 2013.)
 26. **Jané-Llopis E, Anderson P.** Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen; 2005. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf>. (Consulta: julio 2013.)
 27. 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, WHA 62.14. Reducir las Inequidades Sanitarias Actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009.
 28. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Brasil, 2011.
 29. Ley N.º 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación; 2007.
 30. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. Hacia la Promoción de la Salud, 2006; 11: pp. 133-142.
 31. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá; 1986.

32. Federación Mundial de Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental: Declaración de Luxor 1989.
33. **Bonnie P, Galipeault JP.** Promoción de la Salud Mental para personas con enfermedad mental. Resumen ejecutivo. Documento de la Agencia de Salud Pública de Canadá. 2005. Disponible en: <www.publichealth.gc.ca>. (Consulta: julio 2013.)
34. **Melillo A.** Resiliencia, subjetividad e intersubjetividad. En: Bauer M, González E, Sassón E, Weigensberg de Perkal A, Corti A, Altmann de Litvan M. Resiliencia y vida cotidiana. Montevideo: Psicolibros-Waslala; 2007, pp. 64-65.
35. **Henderson Grotberg E.** Introducción. En: Melillo A, Suárez Ojeda E. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001, p. 229.
36. **Anthony Robert N.** El control de gestión: marco, entorno, proceso. Harvard Business School. Ed. Deusto. 1998. En: Marianela Armijo. Curso internacional: políticas presupuestarias y gestión pública por resultados. Planificación estratégica en organizaciones públicas. INDETEC ILPES-CEPAL, Mazatlan-México; 2006.
37. **Barrientos G.** Salud mental en atención primaria en América Latina: avances y obstáculos en los últimos 15 años. En: La reforma de los servicios salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007, pp. 108-109.
38. **Sarraceno B, Funk M.** Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Resumen analítico. 2001, p. 28. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf>. (Consulta: julio 2013.)
39. **Del Plato G.** A quince años de la Declaración de Caracas: nuevos conocimientos e innovación de los servicios de salud mental. En: La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007, p. 60.
40. **Caldas de Almeida J.** Implementación de políticas y planes de salud mental en América Latina y el Caribe. Rev Psiquiatr Urug 2007; 71(2):111-116.
41. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental. 2003, p. 90. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf>. (Consulta: julio 2013.)
42. **Mokate K.** Desarrollo, eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir? En: Banco Interamericano, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. INDES; 2002.

Otra bibliografía consultada

Elpers JR. Psiquiatría hospitalaria y comunitaria. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría. 6.ª ed. Buenos Aires: Inter-Médica Editorial; 1997, pp. 2604-2605.

Larrobla C. Unidades psiquiátricas en hospitales generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años. Rev Psiquiatr Urug 2007; 71(2):125-134.

Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. 1990, p. 5. Disponible en: <https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf>. (Consulta: julio 2013.)

Ley 18.161. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Se crea como servicio descentralizado. 2007, Uruguay.

Cabrera V, Oreggioni I, Prieto A. Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud Pública. Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008, Uruguay. 2010, p. 114. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy>>. (Consulta: julio 2013.)

Casarotti H. Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 2007; 71(2):153-163.

do Campo O. Bases de la Clínica Psiquiátrica uruguaya. *Rev Psiquiatr Biolog Urug* 2007; 7:6-13.

Nahum B. Breve historia del Uruguay independiente. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1999, pp. 72-73.

Arduino M, Ginés A. 90 años de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare. *Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66(2):119-120.

Chanoit P. Informe sobre la salud mental en el Uruguay. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud; 1966.