

## *Aportes al proceso de transformación de las políticas de Salud Mental*

### **Autores**

***Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)***

***Clínica Psiquiátrica (Facultad de Medicina, Udelar)***

***Clínica de Psiquiatría Pediátrica (Facultad de Medicina, Udelar)***

***Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (Supia)***

***Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay (SPBU)***

***Asociación de Psiquiatras del Interior (API)***

### **Presentación**

El presente documento fue elaborado por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU), las clínicas Psiquiátrica y de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina (Udelar), la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (Supia), la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay (SPBU), la Asociación de Psiquiatras del Interior (API). Estas mismas organizaciones participaron en el proceso convocado por la Comisión Asesora Técnica Permanente del Área Programática para la Atención de la Salud Mental (SM) del Ministerio de Salud Pública (MSP) que se plasmó en el documento «Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay».

### **Introducción**

No hay salud sin salud mental

«La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.»<sup>1</sup>

La Ley 18.211 de diciembre de 2007, que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS),<sup>2</sup> establece como principios rectores del sistema la universalidad, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud, la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones, la calidad integral de la atención

que, de acuerdo con normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos, eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales, la sustentabilidad en la asignación de recursos.

Posibilitar que la atención a la SM se oriente por los principios rectores establecidos requiere importantes cambios normativos, de estructura, organización y prácticas institucionales y profesionales:

Profundizar las políticas de promoción y prevención con énfasis en los determinantes sociales específicos de la SM.

En la estructura, organización y gestión de los servicios de salud públicos y privados, en el marco del SNIS.

En la estructura específica de atención en SM, tomando como eje a las personas con problemas de SM y sus familias, asegurando la atención de sus necesidades y garantizando sus derechos.

En las competencias de los recursos humanos.

En el acceso de las personas con trastornos mentales a la salud, al trabajo, a la vivienda, a la educación y al pleno goce de los derechos.

Desarrollar políticas contra el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales.

### **Antecedentes y fundamentación**

La Ley de Psicópatas N.º 9581<sup>3</sup> del año 1936, avanzada en su época, fue pensada para la protección de los pacientes y para la tutela de sus bienes jurídicos.

Dicha ley fue elaborada en un contexto social diferente al actual, previo al advenimiento de tratamientos biológicos (electroconvulsoterapia, psicofármacos) y al desarrollo de las diferentes técnicas de psicoterapia y rehabilitación, con las que hoy contamos y que han demostrado eficacia.

A la salida de la dictadura, el Plan de Salud Mental del año 1986<sup>4</sup> plasmó un conjunto de ideas y propuestas que un amplio colectivo de actores sociales y profesionales consideraron necesario desarrollar, en ese contexto asistencial, en ese momento del país y de la región.

El Plan ya planteaba transformar los servicios de atención de SM, dando prioridad a la asistencia en comunidad, desarrollando unidades en hospital general y reestructurando los servicios asilares. Significó un adelanto respecto a la Declaración de Caracas de 1990<sup>5</sup> sobre reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, la cual retomó el espíritu de la Declaración de Alma Ata de 1978.<sup>6</sup>

Numerosos documentos internacionales reafirman estas ideas desarrollando un proceso de cambio: Informe sobre la salud en el mundo,<sup>7</sup> Principios de Brasilia,<sup>8</sup> Libro Verde de la SM,<sup>9</sup> Consenso de Panamá,<sup>10</sup> etc. Estos documentos mantienen las líneas estratégicas de mejoramiento de los servicios, hacen hincapié en prevención y promoción de SM, y establecen medidas dirigidas a grupos vulnerables específicos, con criterios de salud pública y lucha contra el estigma.

El Plan de 1986 fue parcialmente implementado, y sólo en el sector público. Apertura de salas en hospital general en el interior y en Montevideo a fines de los 80 y 90. Cierre del Hospital Musto en 1996, con redistribución de recursos, fortalecimiento y creación de nuevos equipos comunitarios de SM (ECSM).<sup>11</sup> A partir del 2000, creación de centros de rehabilitación, estructuras especializadas en uso problemático de drogas y residencias asistidas. En el 2011, implementación de prestaciones en psicoterapia en el SNIS.<sup>12, 13</sup>

## Situación actual

Considerando la evolución en los últimos treinta años, la atención a la salud y a la SM específicamente han tenido importantes avances y es posible identificar fortalezas:

Proceso de reforma de la salud iniciado en 2005, plasmado en leyes a partir de 2007, con fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud Pública (MSP).<sup>2, 14</sup>

Implementación de políticas sociales de apoyo a poblaciones vulnerables.<sup>15</sup>

Desarrollo incipiente de una red de servicios comunitarios especializados en el SNIS, articulados con los dispositivos de mayores niveles de complejidad.<sup>16</sup>

Disponibilidad de recursos humanos con número equiparable a los países de renta media alta y alta.<sup>17</sup>

Existencia de título de especialista en psiquiatría y psiquiatría pediátrica, y especialización en SM en la licenciatura de enfermería.

Transformación de las modalidades de trabajo con mayor número de equipos multidisciplinarios.

Acceso garantizado a tratamiento con psicofármacos y electroconvulsoterapia en todas las instituciones del SNIS.<sup>18</sup>

Acceso a psicoterapia en todas las instituciones integrantes del SNIS, para las poblaciones priorizadas en el Plan de 2011.<sup>12</sup>

Esta evolución discontinua y heterogénea condujo a la coexistencia de varios modelos de atención, en un sistema fragmentado, poco eficiente y con inequidades, donde hoy se evidencian debilidades:

- Normativa insuficiente y desactualizada de la atención integral de la SM.
- Insuficiente regulación de las instituciones prestadoras de servicios así como de las competencias requeridas en quienes intervienen en el proceso asistencial.
- El gasto en SM se concentra en las estructuras monovalentes: asilos, hospitales y sanatorios especializados.

- Los dispositivos de atención en comunidad y las estructuras alternativas de hospitalización y de rehabilitación son insuficientes.
- Debilidad en las estrategias de prevención y promoción.
- Carencia de definiciones de procesos asistenciales que establezcan responsabilidades profesionales y competencias específicas por nivel asistencial.
- Bajo nivel de resolución de los problemas de SM en el primer nivel de atención.
- Sobrecarga de los equipos especializados.
- Distribución y formación inadecuadas de los recursos humanos.
- Ausencia de estructuras específicas para pacientes judiciales.
- En la población de niños/as y adolescentes persisten dificultades en el acceso a tratamientos específicos para trastornos del desarrollo y problemas emocionales y comportamentales de inicio temprano.
- Vacío de dispositivos asistenciales de medio camino y hospital de día para niños y adolescentes y centros de rehabilitación.
- Las hospitalizaciones para situaciones agudas no cuentan con servicios públicos específicos para menores y los cupos de servicios privados tienen una oferta que no satisface la demanda.

## Propuestas

Por todo lo expuesto es necesario un cambio legislativo, acorde a los compromisos del país a nivel internacional, con una visión actualizada de la SM que implique una perspectiva de derechos humanos, que promueva un cambio en el modelo de atención, que contemple los avances del conocimiento y que actúe sobre los determinantes sociales de la salud.<sup>19-21</sup>

### 1. Garantizar el ejercicio de derechos

La salud es un derecho establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en la Ley N.º 18.211 de creación del

SNIS y Ley N.º 18.335 sobre Pacientes y usuarios de los servicios de salud. Garantizar este derecho exige especiales consideraciones en referencia a la SM de la población en general y medidas específicas para las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Es necesario establecer estrategias de apoyo específicas para que las personas con trastorno mental grave puedan ejercer sus derechos.

- Facilitar el conocimiento de sus derechos a las personas con trastorno mental.
- Garantizar la mayor autonomía posible considerando sus elecciones.
- Generar oportunidades culturales, laborales, de educación, de vivienda, de inclusión social, en pro del mejor ejercicio de ciudadanía.
- Identificar y analizar situaciones de vulneración de sus derechos e implementar medidas de protección que mejoren su garantía.
- Desarrollar políticas contra el estigma y la discriminación.
- Garantizar el derecho a recibir una atención integral de calidad, sin discriminación de ningún tipo, respetando su derecho a la información y participación en las decisiones.

#### 1.1. Consentimiento informado

La garantía de derechos en el proceso asistencial exige la participación del paciente en la toma de decisiones y es responsabilidad de la institución y el personal brindar la información necesaria y en forma adecuada para la toma de decisiones.

De acuerdo con el artículo 11 de la Ley 18.335, «Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante —luego de recibir información adecuada, suficiente y continua— y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. [...] Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que

imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.»

Esta disposición debe abarcar todas las acciones asistenciales, realizadas por cualquiera de los técnicos, en todas circunstancias incluyendo la hospitalización involuntaria.

## 2. Fortalecer la función de rectoría

### 2.1. Elevar la jerarquía del Área Programática de SM en el MSP

Los cambios que se proponen requieren que se priorice el liderazgo y la rectoría de las políticas de SM en esta etapa:

- Jerarquización en la estructura administrativa del MSP del área encargada de la SM, de forma de priorizar el diseño, implementación y monitoreo de las políticas de SM.
- Asegurar los recursos presupuestales que permitan el cumplimiento de dicha función.

### 2.2. Creación de un órgano de supervisión del proceso asistencial

Se creará un órgano de supervisión en la órbita del MSP, en tanto titular de su función de rectoría del sistema sanitario nacional.

Estará integrado por:

- un representante del Área Programática para la atención en SM del MSP, quien presidirá el órgano,
- un médico psiquiatra de adultos,
- un médico psiquiatra pediátrico,
- un médico legista,
- un licenciado en enfermería,
- un licenciado en psicología,
- un licenciado en servicio social,

- un representante de los usuarios y
- un representante de los familiares.

El órgano de supervisión tendrá facultades para comunicarse directamente con el Poder Judicial cuando en el ejercicio de sus competencias lo considere necesario o conveniente.

Los cargos serán remunerados; en el caso de los cargos técnicos el mecanismo de acceso será a través de un llamado a concurso de oposición y méritos, y en el caso de los representantes sociales estos deberán acreditar su representatividad en referencia a los colectivos respectivos y refrendados por la autoridad ministerial.

El funcionamiento se regulará por la reglamentación del MSP.

#### Competencias

Supervisar el cumplimiento eficiente de la ley en todo el territorio nacional.

Velar por el resguardo del ejercicio pleno de los derechos de las personas usuarias de los servicios de SM (normativa internacional, Ley N.º 18.211 y Ley N.º 18.335).

Supervisar e inspeccionar los diferentes ámbitos de asistencia y el accionar de todas las personas que intervienen en el proceso.

Supervisar e inspeccionar que se cumplan los mecanismos legales que establece la ley en referencia a las hospitalizaciones involuntarias.

Tomar conocimiento de las hospitalizaciones involuntarias en las primeras 24 horas.

Firma de dos médicos, uno de los cuales debe ser médico psiquiatra.

Recibir y dar trámite a las denuncias que pueda haber por parte de cualquiera de los actores involucrados.

Vigilar que las internaciones dispuestas por juez cuenten con una indicación psiquiátrica.

Evaluar las internaciones que se prolongan más allá de la evolución habitual en el tratamiento de los diferentes trastornos.

En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos, deberá promover y difundir de forma amplia y clara a la comunidad,

respecto de los derechos humanos, las normas nacionales e internacionales que refieren a la salud mental, así como los mecanismos de protección nacional e internacional.

Según el área donde se encuentra la irregularidad, se designará un técnico dentro de la competencia.

### 3. Fortalecer las estrategias de prevención y promoción en salud mental

Considerando que la prevención en SM es un componente ineludible de la promoción de salud en general, su ejecución compromete a las políticas de salud y las políticas sociales, por lo que su implementación es necesariamente intersectorial:

- Diseño de políticas de prevención en SM basadas en evidencia y evaluación de resultados de las estrategias innovadoras.
- Desarrollar estrategias de prevención y promoción específicas con criterios poblacionales, dirigidas a colectivos vulnerables.
- Incluir el tema de SM en las instancias de coordinación intersectorial existentes, de forma de asegurar una articulación amplia y permanente para la implementación de las estrategias de prevención y promoción.
- Transversalización de la prevención y promoción en SM en los programas prioritarios del MSP.

### 4. Transformación del modelo de atención en SM

La atención a la SM de la población implica acciones que abarcan la respuesta a un amplio tipo de situaciones e involucra el sistema en todos los niveles, actuando en forma oportuna y articulada según la necesidad de la persona y el momento evolutivo de la situación clínica.<sup>22, 23</sup>

La atención integral de la SM (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación) requiere una estructura de dispositivos diversos a nivel del sector salud, organizada según un modelo

comunitario sustentado en un paradigma de recuperación, integrada a nivel intersectorial.

Cambio en la organización de las instituciones de atención y cambio en la actitud hacia la población atendida, considerando a la persona en su comunidad, familia, barrio, adaptada a las demandas y necesidades de la persona y su familia, preocupados por la calidad de vida, la funcionalidad y del sentido de vida para las personas. Las decisiones son compartidas, negociadas entre los miembros del equipo y las personas que acuden al tratamiento. En el modelo comunitario se integra el tratamiento con las intervenciones sociales, la rehabilitación y la inclusión social.<sup>22</sup>

El funcionamiento de dicho modelo requiere la definición de procesos asistenciales que establezcan responsabilidades y competencias de los servicios y los profesionales.

El cambio de modelo exige impulsar un proceso de desinstitucionalización y superación del modelo asilar que implique:

- Limitación del ingreso de nuevos usuarios a las estructuras asilares y cierre de estas.
- Creación de estructuras alternativas.
- Reglamentación y supervisión de los dispositivos existentes c/estándares de calidad.

#### *Estructura y organización de los servicios*

Organización de los recursos de atención en SM en un sistema de red, con base territorial, con niveles de complejidad creciente.<sup>24</sup> El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema (equipo de proximidad y equipo de primer nivel de atención). La utilización articulada y coordinada de los recursos existentes debe asegurar la accesibilidad, calidad y equidad en el uso de los recursos sanitarios y beneficios sociales para toda la población a lo largo de la vida.

#### *4.1. Atención en los equipos del primer nivel de atención*

De acuerdo con las disposiciones actuales, en el SNIS el primer nivel de atención organiza

la estructura de recursos humanos con dos equipos que se articulan entre sí: el equipo de proximidad (EP) —integrado por médico de familia o general y auxiliar o licenciado en enfermería, distribuidos en territorio— y el equipo de primer nivel de atención (EPN), de integración flexible, ubicado en los centros de salud territoriales.<sup>25</sup>

En referencia a la atención de la salud mental es responsabilidad de los EP y EPN:

- Acciones vinculadas a la promoción de la salud y la prevención de afectación de la SM.
- Detección precoz de los trastornos mentales.
- Combatir las barreras que limitan el acceso a la atención integral de la salud de las personas con trastornos mentales, entre otras las ligadas a estigma y discriminación.
- Coordinación con los equipos comunitarios de SM (ECSM).

#### 4.1.1. Atención comunitaria especializada en SM

Los ECSM son el primer nivel dentro de la red de dispositivos especializados en SM, con los que se coordinan los demás niveles de atención, general y especializada. Son de integración multidisciplinaria y deben contar al menos con médico psiquiatra, psiquiatra pediátrico, licenciado en psicología, con especialización clínica, licenciado en trabajo social, personal de enfermería especializado en SM (licenciadas/os y auxiliares) y personal administrativo (preferiblemente técnicos administrativos o licenciados/as en archivo médico).

Son funciones del ECSM:

- Asistencia ambulatoria de las personas referidas del EP y EPN que requieran evaluación y eventual atención especializada.
- Diagnóstico clínico y situacional.
- Tratamiento integral incluyendo tratamiento farmacológico, abordajes individual, grupal y familiar, etc.
- Asistencia domiciliaria.
- Atención en crisis.
- Capacitación de recursos humanos del primer nivel.

#### 4.2. Atención en el segundo y tercer nivel de atención

La atención a la SM en los servicios de segundo y tercer nivel de atención se realizará en los centros de salud, hospitales y sanatorios generales. A estos niveles se referenciarán aquellas situaciones que no hayan podido ser resueltas por los equipos de primer nivel ni por los equipos comunitarios de SM.

##### 4.2.1. Atención de emergencias

En todos los niveles de atención se responderá a las situaciones de emergencias, desde el nivel prehospitalario y domiciliario, en los centros de salud, hospitales y sanatorios generales, complementando servicios de forma de asegurar cobertura de 24 horas en todo el territorio. En las emergencias insertas en servicios de segundo y tercer nivel se crearán centros de crisis con posibilidad de permanencia por 72 horas.

##### 4.2.2. Hospitalización

La hospitalización es un recurso terapéutico en los episodios psiquiátricos agudos, que posibilita la adecuada evaluación diagnóstica y la puesta en marcha de los recursos terapéuticos necesarios. Las hospitalizaciones se deberán realizar en sala general o en sala especializada de SM en sanatorio u hospital general.

Diversificación de las modalidades de hospitalización que responda a las diferentes necesidades de la población:

- Creación de hospitales de día.
- Reglamentación que habilite hospitalizaciones parciales de noche, semana o fin de semana.
- Internación domiciliaria en situaciones clínicas que lo posibiliten si la persona está dispuesta al tratamiento, si su grupo familiar brinda las condiciones físicas y emocionales necesarias y el equipo de SM cuenta con la posibilidad de seguimiento domiciliario.

#### 4.2.2.1. Disposiciones para la hospitalización involuntaria

La enfermedad mental implica un grado variable de distorsión de la realidad con su máxima expresión en situaciones de urgencia, que conlleva una restricción de la libertad individual, con alteración de la autonomía. En estos casos puntuales y transitorios la capacidad del paciente para consentir está comprometida, siendo en este momento responsabilidad del psiquiatra garantizar el derecho fundamental del paciente a recibir una atención oportuna y eficaz.

La hospitalización involuntaria es excepcional. Se efectivizará en los casos en que la valoración médico-psiquiátrica constata la presencia de una patología que implique *riesgo del paciente para sí y/o para terceros* y la persona se niegue a la hospitalización, siempre que no exista otra medida terapéutica que determine un beneficio mayor que dicha hospitalización, considerando que de no realizarse puede tener consecuencias negativas para la persona y empeorar su pronóstico.

El plazo de las hospitalizaciones está sujeto a la evolución de la patología, siendo responsabilidad de las instituciones asegurar dicha cobertura.

Los mecanismos para la efectivización del ingreso involuntario pueden ser:

- La firma de dos médicos, uno de los cuales debe ser médico psiquiatra.
- Resolución del juez previa evaluación e indicación psiquiátrica.

De ser posible deberá procurarse una declaración firmada por el familiar más cercano del paciente o su representante legal, en la que se exprese la conformidad y/o se solicite el ingreso (Ley 18.335, art. 5).

En las primeras 24 horas la Dirección Técnica de la institución dará aviso al órgano de supervisión, quien evaluará la pertinencia de dar cuenta al juez.

Como en toda hospitalización, la institución debe asegurar que se proceda a realizar la evaluación médica completa al ingreso.

#### 4.2.3. Rehabilitación

El abordaje integral orientado a la recuperación incorpora la rehabilitación en todas las etapas de la atención según las posibilidades y necesidades de la persona, con el objetivo de maximizar el funcionamiento, reducir la discapacidad y sus desventajas frente a los demás, promover la inclusión social y el ejercicio de ciudadanía, disminuir el impacto del estigma y combatir el autoestigma.

Las estrategias de rehabilitación orientadas a la inclusión social plena, a la mejora de la calidad de vida y al ejercicio de ciudadanía de las personas con trastornos mentales graves requieren de estructuras específicas, para poblaciones con diferentes niveles de autonomía. Estas estructuras constituirán una red intersectorial, articulada para favorecer el tránsito de lo sanitario a lo social.

##### 4.2.3.1. Rehabilitación psicosocial

- Red de estructuras que desarrollan abordajes dirigidos al desarrollo de autonomía, mejora de la calidad de vida y adquisición de habilidades comunicacionales, vinculares y de la vida cotidiana. Tránsito progresivo desde estructuras del sector salud al sector social.
- Comunidad terapéutica, estructura sanitaria, una de las alternativas a la estructura asilar, con posibilidad de permanencia 24 horas, para personas con trastorno mental grave (TMG) con bajo nivel de autonomía que requieran un abordaje intensivo a mediano y largo plazo.
- Centro diurno, estructura sanitaria, de permanencia diurna durante la semana, para personas con TMG.
- Clubes, cooperativas, estructuras sociosanitarias y sociales con objetivo de inclusión y participación social.
- Centros comunitarios, estructuras sociales.

##### 4.2.3.2. Inclusión educacional, ocupacional y laboral

Articulación de estrategias y estructuras que van de lo sanitario a lo social en niveles progresivos de autonomía e inclusión:

- Centros de rehabilitación psicopedagógica, centro de rehabilitación laboral. Estructuras sociosanitarias (sanitario).
- Inclusión educativa protegida/empleo protegido (intersectorial).
- Inclusión educativa asistida/empleo asistido (intersectorial).
- Inclusión educativa con apoyo/empleo con apoyo (intersectorial).

#### 4.2.3.3. *Inclusión residencial con plenos derechos ciudadanos*

Red de estructuras residenciales con niveles progresivos de autonomía, que sustituyen las estructuras asilares.

- Casa de medio camino, estructura sanitaria, para personas con TMG posalta hospitalización o con imposibilidad de permanencia en estructuras sociales.
- Residencias asistidas, estructuras sociosanitarias, residenciales con grados variables de supervisión.
- Apartamentos protegidos, estructuras sociales, con supervisión.
- Programas de acceso a la vivienda (social).
- Apoyo domiciliario (Sistema Nacional de Cuidados).

El funcionamiento de esta red requiere:

- Reglamentación y supervisión de las casas o servicios existentes sobre la base de estándares de calidad.
- Mecanismos explícitos y claros de articulación entre los distintos dispositivos, niveles de atención y sectores, que garanticen la continuidad de los procesos asistenciales a lo largo de la vida de las personas en y con la comunidad.

## 5. Formación y capacitación de RR. HH.: técnicos y cuidadores

### 5.1. *Formación profesional especializada*

#### 5.1.1. *Definición de plantilla horizonte*

El MSP deberá definir la plantilla horizonte respecto de las necesidades de recursos humanos técnicos para la ejecución de las actividades e intervenciones que se definan.

#### 5.1.2. *Formación profesional de calidad con formación específica en SM*

Promover la inclusión en los requisitos curriculares de las carreras profesionales de:

- Formación en aspectos éticos y deontológicos, basada en un paradigma de derechos, con valores de solidaridad, humanismo y compromiso.
- Formación básica en políticas de sm.
- Formación en determinantes sociales de salud que incluye factores sociales, históricos, culturales, políticos, económicos, etc.

#### 5.1.3. *Desarrollo de competencias profesionales*

##### 5.1.3.1. *Mapa de competencias profesionales*

Deberá definirse un mapa de competencias común y específico para cada profesión de acuerdo con las funciones, cometidos y responsabilidades atribuidas, incluidas las de dirección y gestión.

##### 5.1.3.2. *Acreditación de competencias profesionales*

Se deberá establecer los criterios de acreditación y reacreditación de competencias profesionales en forma periódica.

##### 5.1.4. *Especialización clínica*

Para las carreras de formación general, la adquisición de las competencias necesarias para la asistencia de calidad requiere una formación específica en clínica.



### 5.1.5. *Capacitación continua y carrera profesional*

Los prestadores públicos y privados deberán estimular y contemplar la actualización permanente de los recursos humanos en los espacios y tiempos laborales.

Las instancias de capacitación deberán articularse con el diseño de la carrera sanitaria.

### 5.1.6. *Regulación del ejercicio profesional*

Todas las profesiones que intervienen en la asistencia deberán estar reguladas con el fin de evitar situaciones de omisión, negligencia, mala praxis, impericia, iatrogenia, etc.

### 5.1.7. *Profesionalización en la gestión*

La conducción y gestión de los servicios requiere de profesionales con, al menos, título de grado y que acrediten idoneidad para las tareas que competan.

### 5.2. *Capacitación de profesionales del primer nivel de atención*

Deberán implementarse instancias de capacitación específicas para profesionales del primer nivel de atención que implementarán intervenciones en SM en ese nivel.

### 5.3. *Capacitación de otros actores*

Deberá implementarse instancias de formación y capacitación para cuidadores remunerados (Sistema Nacional de Cuidados, operadores de instituciones, operadores comunitarios que integren programas). Se prevé la creación de una tecnicatura en SM dirigida a cuidadores. También se implementará instancias de formación y capacitación de cuidadores informales u honorarios (familiares, amigos, allegados, agentes comunitarios).

## Bibliografía

OMS <[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)>.

MSP (2011): Transformar el futuro: metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/MSP\\_libro\\_reforma.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MSP_libro_reforma.pdf)>.

<[http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=09581&Anchor="](http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=09581&Anchor=)>.

MSP (1986): Programa Nacional de Salud Mental. <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>>.

OPS/OMS (1990): Declaración de Caracas. <[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)>.

OPS/OMS (1978): Declaración de Alma Ata. <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518)>.

WHO (2001): Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)>.

OPS/OMS (2005): Principios de Brasilia. Principios rectores para el desarrollo de la atención en Salud Mental en las Américas. <[http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS\\_dE\\_BRASILIA.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf)>.

Comisión de las Comunidades Europeas (2005): Libro verde: mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. <[http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)>.

- Consenso de Panamá (2010). <<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20Pos-terSpanishJAN11.pdf>>.
- Ginés, H. Porciúncula, M. Arduino (2005): El Plan de salud mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(2):129-150.
- MSP (2011): Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el SNIS. <[http://www2.msp.gub.uy/uc\\_5437\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_5437_1.html)>.
- Poder Ejecutivo: Decreto del 23 de agosto del 2011. <[http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/08/cons\\_min\\_367.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/08/cons_min_367.pdf)>.
- Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley N.º 18.211. <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>>>.
- Planes y programas del Mides. <<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14273/3/innova.front/planes-y-programas>>.
- Red equipos sm de asse <[http://www.asse.com.uy/uc\\_5231\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_5231_1.html)>.
- WHO (2014): Mental Health Atlas 2014. <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/)>.
- MSP (2008): Sistema Nacional Integrado de Salud. Catálogo de Prestaciones. Anexo III <[https://eva.fing.edu.uy/file.php/286/PIAS\\_Plan\\_Integral\\_de\\_Atencion\\_a\\_la\\_Salud\\_-\\_Prestaciones.pdf](https://eva.fing.edu.uy/file.php/286/PIAS_Plan_Integral_de_Atencion_a_la_Salud_-_Prestaciones.pdf)>.
- OMS (2012): 65.ª Asamblea Mundial de la Salud. 13.2. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. <[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65-REC1/A65\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf)>.
- OMS: Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. <[http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)>.
- OMS (2006): Manual de recursos de la oms sobre salud mental, derechos humanos y legislación. <[http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)>.
- Minoletti, A. (2013): Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. Rev Psiquiat Urug 2013; 77(1):32-45.
- Minoletti, Alberto y Ana María Calderón (2007): Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la región de las Américas. En: La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas, Washington, D. C., pp. 68-89. <<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf>>.
- Cohen, Hugo (2007): La red de servicios en la comunidad. En: La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas, Washington, D. C., pp. 90-107. <<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20sald%20mental.pdf>>.
- MSP (2014): Equipos de salud del primer nivel de atención. DT 01/14. <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf)>.