

PROPUESTA PARA IMPLEMENTACION LEY SM 19.529 EN ASSE

Equipo de Trabajo :

Por MSP APASM: Dra. Fernanda Porteiro

Por UdelaR F.Med.: Dra. Sandra Romano

Por ASSE: Dra. Magdalena García, Dr. Juan Triaca, Dra. Gabriela Lopez Mesa, Dra. Ma. Celia Barrios y Lic. Ps. Gabriela Novoa

Abril 2018



Marco conceptual

- Disposiciones Ley de SM N° 19529
- Modelo de atención
- Estimación de necesidades



Diagnóstico de situación actual

- Capacidad instalada
- Población asistida
- Estimaciones del proceso



Plan instrumentación ley 19529 en ASSE

- Objetivos
- Metas a 2025
- 2019 - 2020

La LEY de SALUD MENTAL

Capítulos de la Ley N° 19529

- I. Disposiciones Generales
- II. Derechos
- III. Autoridad de aplicación
- IV. Interinstitucionalidad
- V. Abordaje
- VI. Órgano de contralor
- VII. Derogación y Adecuación

Abordaje

- Organizado por niveles de complejidad, con la atención primaria en salud como estrategia, priorizando el primer nivel de atención
- Garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial
- En el ámbito comunitario, con abordaje interdisciplinario e intersectorial
- Integrando recursos comunitarios y con la participación de familiares de las personas con trastorno mental

Abordaje

- Establecimiento de redes territoriales de atención
- Puerta de entrada en Primer Nivel de Atención, para la utilización coordinada de los recursos existentes
- Con Equipos de Salud Mental interdisciplinarios, con enfoque comunitario, que deben ser referencia de los Equipos de Primer Nivel, con especificidades y nivel de complejidad según necesidades

“Equipos básicos del primer nivel constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial”

Abordaje: Rehabilitación

- Estrategias y programas de rehabilitación orientados a mejorar la calidad de vida; accesibles, adaptados a la etapa, tendientes a mejorar la autonomía y favorecer la inclusión social, laboral, educativa y cultural a lo largo del ciclo vital
- Dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuados a la adquisición progresiva de niveles de autonomía

Abordaje: Hospitalización

- Recurso terapéutico de carácter restrictivo; fundado en criterios terapéuticos; reservado para situaciones agudas; procurando que se realice en hospital general/ pediátrico (**Unidades especializadas**); promoviendo el mantenimiento de vínculos
- Diversas modalidades: a tiempo completo, parcial diurna o nocturna, domiciliaria.

Artículo 37 - Desinstitucionalización

Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de **cierre** de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de **estructuras alternativas**.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Artículo 38 – Establecimientos asilares y monovalentes

- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.
- Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes.
- El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.
- El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025.

Modelo de Atención

Contexto internacional

Declaración Universal DDHH

APS
Declaración Alma - Ata

1978

Atenc. Psiq
Declaración Caracas

1990

APS D. Mvdeo
SM Principios Brasilia

2005

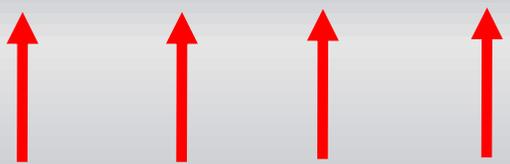
cdpd

2006

SM Consenso Panama

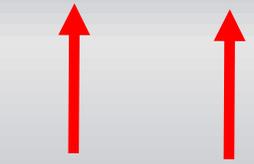
2010

1880 1912 1936 1948



HV CBE Ley 9581 Ley 11139

1983 1986



HSM PNSM

1996



ECSM

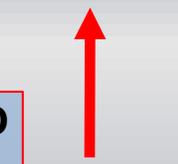
2007



SNIS

Ley DD discap.

2011



PsSM

2015



Proyecto Ley SM

2017

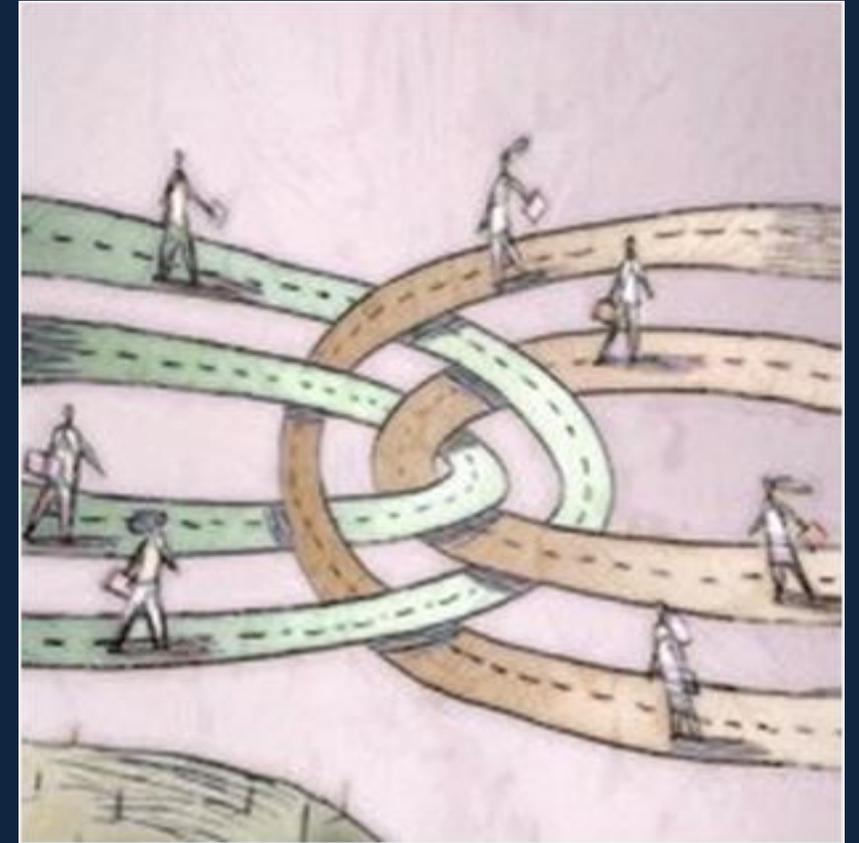


Ley 19529



Evolución de la atención psiquiátrica y de Salud Mental

La persona como eje del proyecto
terapéutico, constructor de su
proyecto de vida.



DE Instituciones custodiales **A** la atención en la comunidad.

DE la contención **A** la asistencia **A** la atención integral de la salud.

DE la asistencia a la enfermedad **AL** modelo de recuperación.

Modelo de Atención

Instrumento que ordena y orienta las prácticas de atención de la salud de acuerdo a una dirección política y en base a un marco teórico coherente con esta dirección.



Red de Estructuras de Salud Mental



Estimación de Requerimientos

	H Día		UCE		UME		Centro rehab		U H Pat Dual		U A Pat Dual		Alt. Resid	
TOTAL PAÍS	SNIS	ASSE	SNIS	ASSE	SNIS	ASSE	SNIS	ASSE	SNIS	ASSE	SNIS	ASSE	SNIS	ASSE
	197	86	394	172	158	69	591	258	118	52	99	43	986	430
Región Sur	123	34	246	67	99	27	370	102	74	20	62	17	616	169
Región Norte	24	17	46	36	18	15	68	53	14	10	11	9	114	90
Región Este	21	14	44	28	18	11	67	41	14	8	12	7	111	70
Región Oeste	30	19	57	39	22	15	86	57	18	11	14	8	144	95

Diagnóstico situacional

Capacidad instalada y RRHH

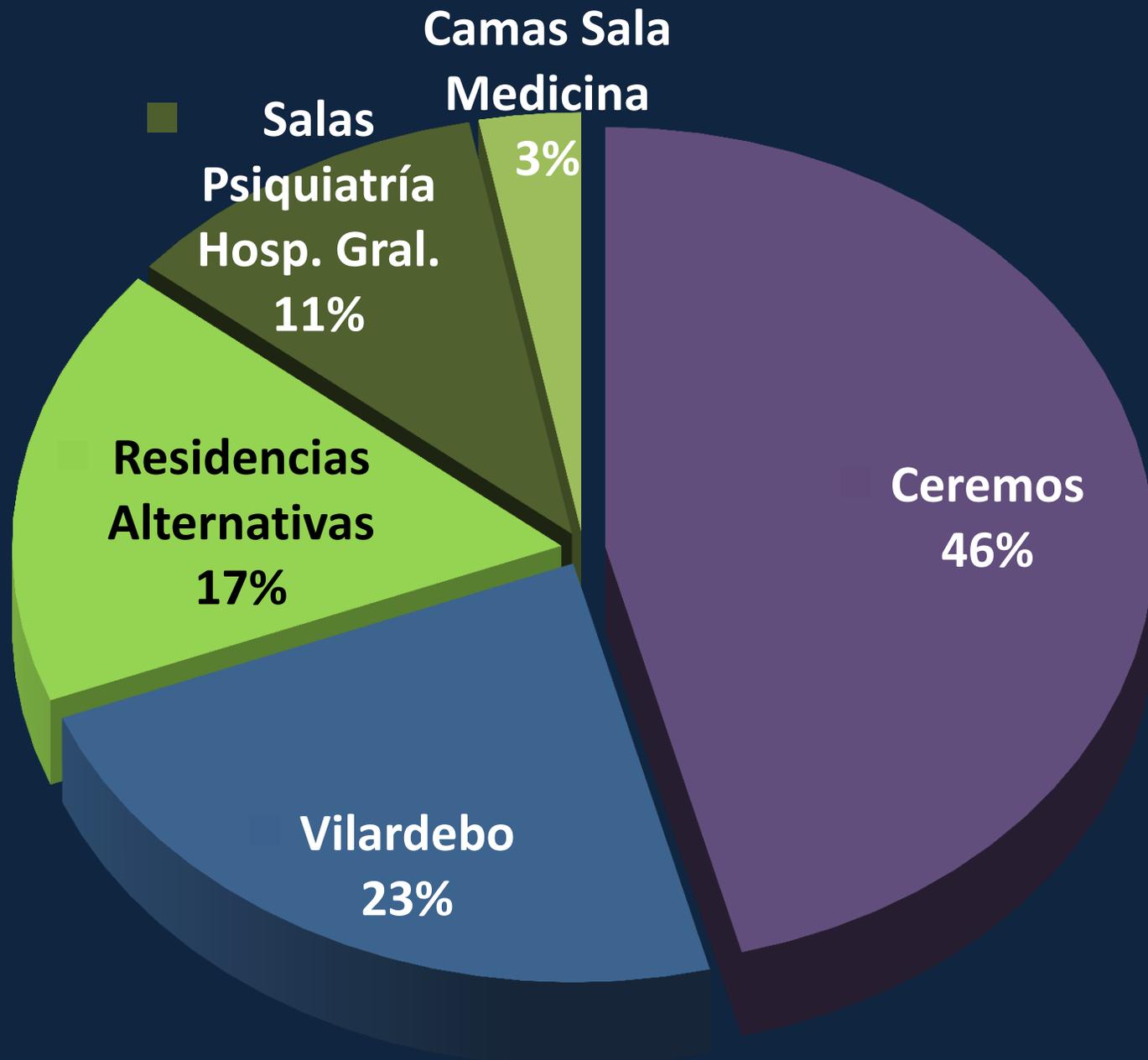
Distribución de las plazas de Hospitalización de Psiquiatría

Total : 1.558

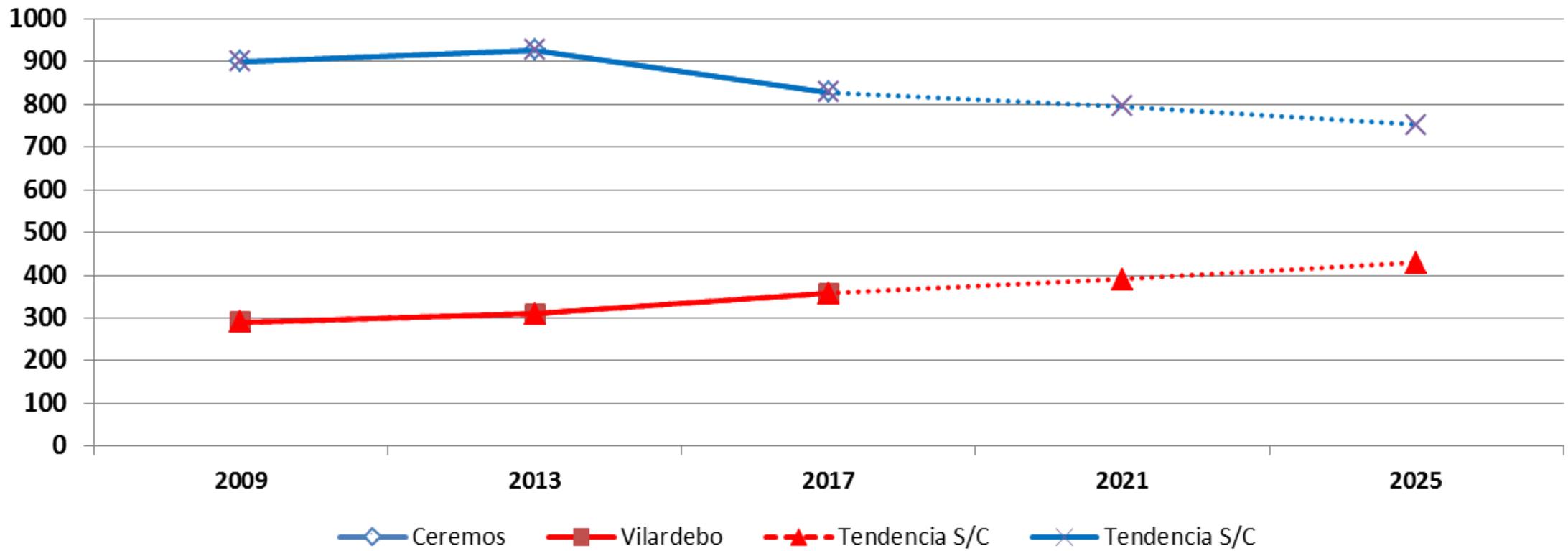
(Plazas total ASSE: 5.046)

Fuente: uy.press

Residencias alternativas incluye Casas de Medio Camino, Residencias con apoyos, Vivienda supervisada y el Programa de egreso de Ceremos (aunque el estatus del paciente es de internado)

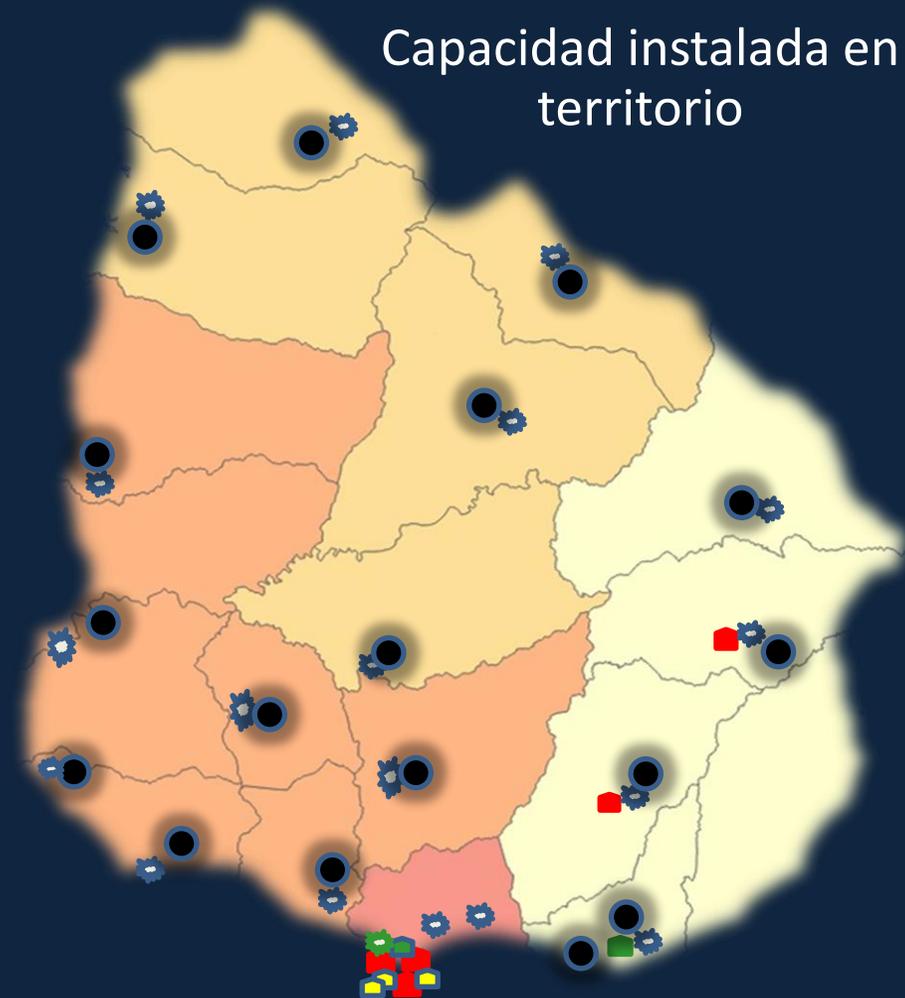


Proyección del Nro de camas ocupadas en HV-Ceremos en Escenario sin cambio (S/C), según cuatrienio al año 2025



Capacidad instalada en territorio

RRHH de ASSE especializados en psiquiatría y SM



-  5 Casa c/apoyo (4 c/ MIDES)
-  19 Centro diurno rehabilitación TMG (16 c/CHPP)
-  2 Casa medio camino (1 c/ BM)
-  3 aptos asistidos (c/BM)
-  47 Equipos de Salud Mental

	REGIÓN ESTE	REGIÓN NORTE	REGIÓN OESTE	REGIÓN SUR	TOTAL
PSIQUIATRA ADULTOS	17	19	26	97	159
PSIQUIATRA PEDIÁTRICO	6	7	10	36	59
PSICÓLOGOS	22	18	40	95	175
LIC. EN TRABAJO SOCIAL	7	7	19	31	64
LIC. EN ENFERMERÍA	5	10	7	7	29
AUX. DE ENFERMERÍA	37	30	34	49	150
ADMINISTRATIVO	6	5	12	28	51
LIC. EN FONOAUDILOGÍA	0	2	2	2	6
LIC. EN PSICOMOTRICIDAD	0	1	0	2	3
MAESTRA PSICOPEDAGOGA	0	1	0	1	2
DOCENTE/TALLERISTA	13	16	21	9	59
OTROS	6	6	5	31	48
TOTAL	119	122	176	388	805

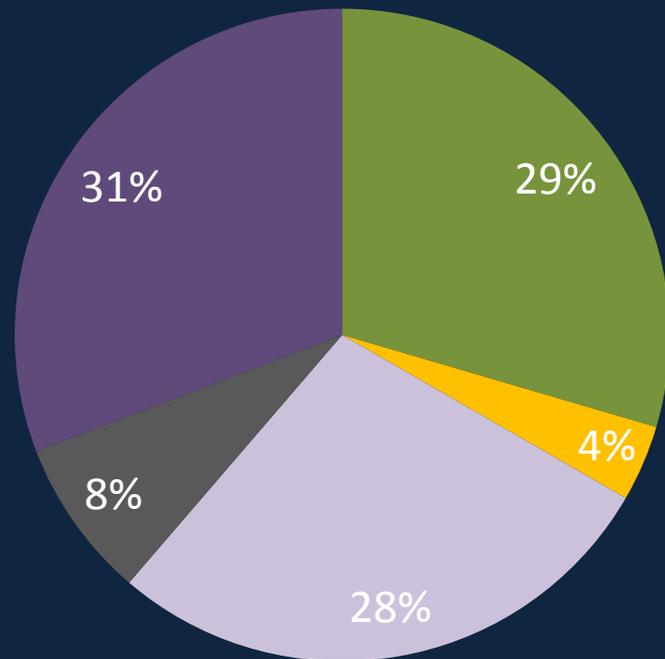
RRHH de ASSE especializados en psiquiatría y SM según UE/ESM Territorio

TIPO DE CARGO	ESM en Territorio	UE Portal Amarillo	UE H. Vilardebó	UE SAI - PPL	UE CEREMOS	TOTAL
Psiquiatras de adultos	159	5	57		25	246
Psiquiatras pediátricos	59	1				60
Otros médicos ¹		5	35	50	39	129
Psicólogos/as	175	9	21	14	5	224
Lic. en Trabajo Social	64	5	19		10	98
Lic. en Enfermería	29	5	33	4	28	99
Otros profesionales ²	59	1	20	9	13	102
Aux. Enfermería, cuidadores, vacunadora	150	19	272	67	261	769
Técnicos que trabajan en rehabilitación ³	59	10	4	11	1	85
Otros técnicos ⁴		1	17	7	26	51
Cargos de Dirección ⁵		4	14	1	10	29
Personal administrativo ⁶	51	13	95	31	95	285
Personal de servicio mantenimiento/		8	205	37	384	626
Practicantes y residentes	54		2			56
Otros		32	20			52
TOTAL	859	110	814	231	897	2911

(1) Médico General, Anestesiista, Cardiólogo, Deportólogo, Dermatólogo, Neurólogo, Pediatra, etc. (2) Químicos Farmacéuticos, Nutricionistas, Odontólogos. Lic. en Fisioterapia, Lic. en Neurofisiología Clínica, Lic. en Sociología, Téc. en Recuperación Psicomotriz (3). Docente/Tallerista/Educadores/ Operadores terapéuticos/ Terapeuta ocupacional (4). Auxiliar de Farmacia/ Auxiliar de Laboratorio / Laboratorista (5). Jefaturas y Direcciones administrativas y Adjuntos, Directores, Subdirectores, Adjuntos (6). Auxiliares administrativos, informáticos, contables, en registros médicos, telefonista, cadete técnico en redes, recaudador.

NOTA: Datos a mayo-junio de 2017, aportados por las oficinas de RRHH de las UE y los responsables de los ESM de todo el país

RRHH

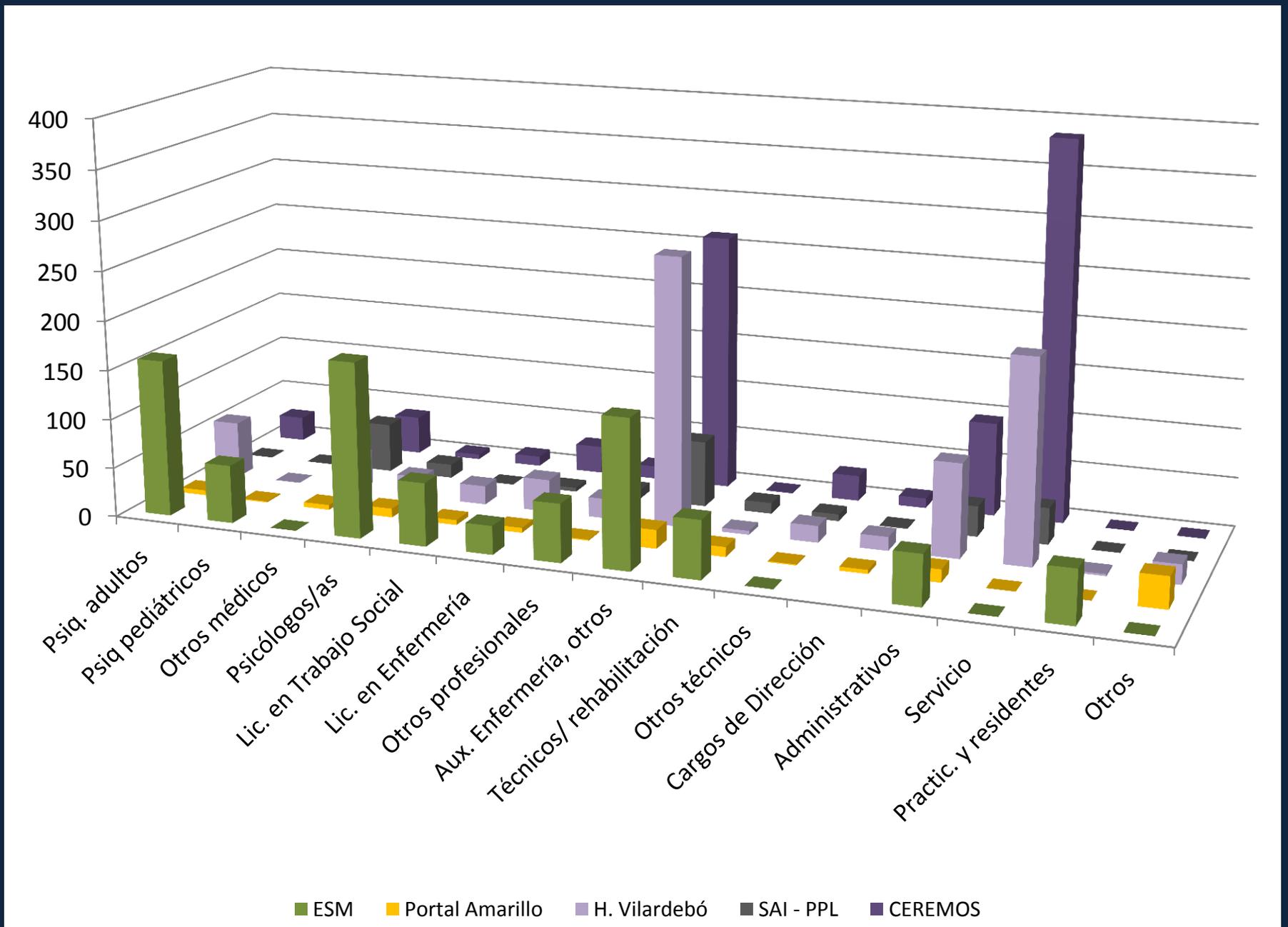


■ ESM ■ Portal Amarillo ■ H. Vilardebó ■ SAI - PPL ■ CEREMOS

La coexistencia de varios modelos de atención implica distribución de RRHH y RRMM **inequitativa** y de **baja eficiencia**.

- 60% trabajan en estructuras que funcionan con un modelo asilar.
- solo el 30 % en los dispositivos en los que está en desarrollo el modelo comunitario,
- no es posible identificar la asignación de recursos para funcionamiento de los ESM.

Distribución de personal por tarea y unidad de trabajo



Diagnóstico población internada en CEREMOS y H. Vilardebó

CEREMOS (1º trimestre 2018): 35% de los pacientes tiene un nivel de dependencia leve, 34% dependencia moderada y 31% dependencia severa.

HV (2º semestre 2017): 50% tiene un nivel de dependencia moderado, 19% severo y 31% leve. En este grupo, el 31% no tiene familia, el 43% tiene familia con dificultades para apoyar el egreso, y sólo el 25% fue considerado como con familia continente.

Diagnóstico población internada en CEREMOS y H. Vilardebó

EN SUMA :

- un significativo porcentaje de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) NO REQUERIRIA INTERNACION en HV ni en CEREMOS
- estarían en condiciones de egresar si se contara con los niveles de contención y soporte a nivel socio comunitario, de acuerdo a cada situación (CMC, Piso Asistido, Pensión, etc...)

Plan instrumentación

Ley SM 19529 en ASSE

Meta al 2025: Cumplir con lo dispuesto por la Ley

- Garantizar una atención integral en SM, de calidad, organizada por niveles de complejidad, con una estrategia de APS, priorizando el 1er. Nivel de Atención.
- Integrar en el proceso asistencial los recursos comunitarios, procurar la participación de las personas con TMG y su familiares. (Cap. V, Art. 16)
- Implementar un sistema de dispositivos en la comunidad que proporcionen asistencia médica, rehabilitación psicosocial y tratamiento para episodios agudos, así como también viviendas protegidas y planes laborales, de modo que las personas con trastornos mentales severos tengan más oportunidades de integración en la comunidad.

Meta al 2025: Cumplir con lo dispuesto por la Ley

La meta al 2025 es el cierre de las estructuras asilares (CEREMOS) y monovalentes (H. VILARDEBÓ), *las que habrán sido sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.*

1ª Etapa de Implementación 2019-2020

Objetivos estratégicos priorizados:

- 1.** Promover en todos los niveles de atención de ASSE el modelo comunitario de atención en salud mental basado en el paradigma de recuperación.
- 2.** Avanzar en la sustitución progresiva de las estructuras monovalentes (Asilo y Hospital Psiquiátrico) por estructuras alternativas de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 24, 26, 37 y 38 de la Ley 19.529.
- 3.** Fortalecer la estructura de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE para poder cumplir con los objetivos estratégicos propuestos.

1ª Etapa de Implementación 2019-2020

META Objetivo 2

Avanzar en la sustitución progresiva de las estructuras monovalentes (H. Vilardebó y CEREMOS):

Año 2019

- Disminuir 20 % el número de personas internadas con larga estadía en estructuras monovalentes.

Año 2020

- Disminuir 15 % el número de personas internadas con larga estadía en estructuras monovalentes.



1ª Etapa de Implementación 2019-2020

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- **Ampliación de la oferta de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales**
- **Desarrollo de estructuras alternativas**
- **Completar la incorporación de Psicólogos a los equipos del primer nivel de atención**
- **Fortalecer la respuesta de los Equipos de Salud Mental**

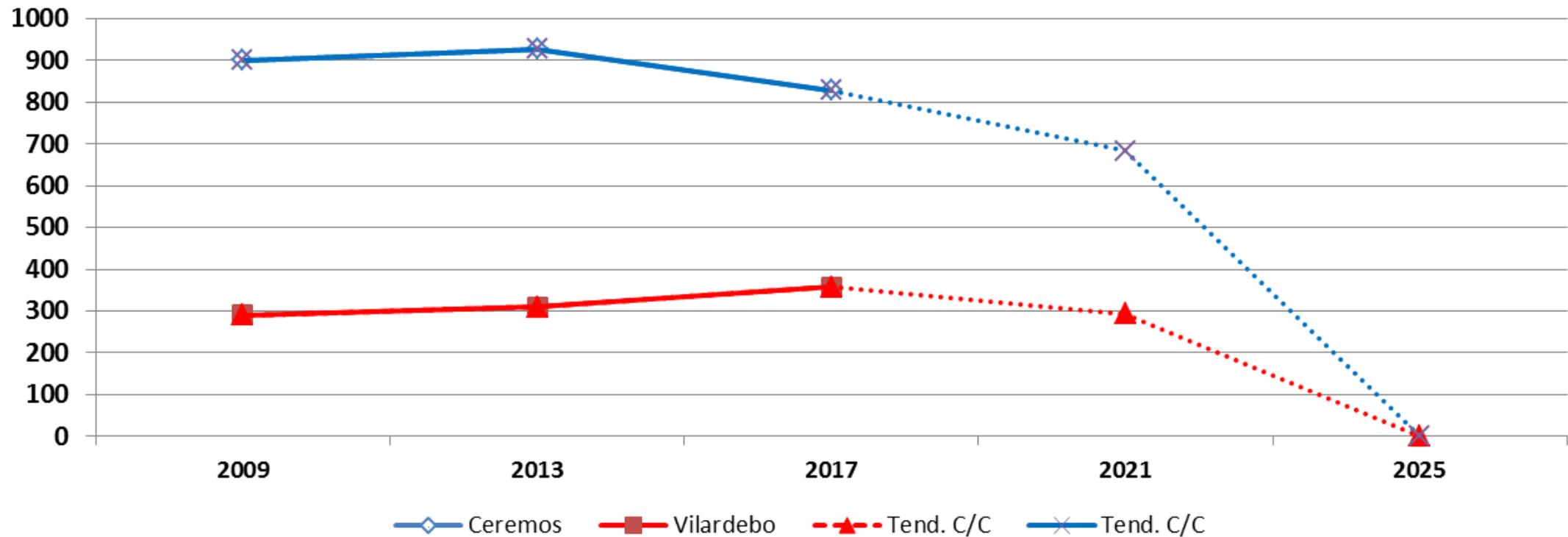
Hospitalización psiquiátrica en H. General

REGIÓN	HOSPITAL	2019	2020	TOTAL	OBSERVACIONES
SUR	H. ESPAÑOL	8 CAMAS	-	8	Hoy no hay camas para H. Psiquiátrica
	HOSPITAL PEDIATRICO (CHPR)	6 CAMAS	--	6	Es un área específica para niños y adolescentes para cuadros clínicos agudos de causa psiquiátrica de alta complejidad para disminuir contratación en clínica privadas (API)
OESTE	H. COLONIA	6 CAMAS	-	6	Hay sector definido en el Nuevo Hospital pero faltan RRHH
NORTE	H. ARTIGAS	6 CAMAS	-	6	Hay sector definido pero no funciona por falta de RRHH
	TOTAL	26		26	

Desarrollo de estructuras alternativas

TIPO DE DISPOSITIVO	2019	2020	TOTAL	No. De Plazas
Casa de Medio Camino(TMCG)	2	1	3	30
Residencia con apoyo (TMG)	2	1	3	40
Residencia c/apoyo para personas (UPS)	1		1	20
Centro Especializado Abordaje Patología Dual	1		1	20
TOTAL	6	2	8	110

Proyección del Nro de camas ocupadas en HV-Ceremos en Escenario con cambio (C/C), según cuatrienio al año 2025



Es imprescindible

Toma de decisiones

- Analizar las decisiones cotidianas en el plan general y resolver jerarquizando las líneas estratégicas.
- Armonizar las decisiones a nivel interdireccional.
- Fortalecer la gestión: crear una UE que tenga la dirección funcional y técnica y la gestión administrativa financiera de la Red de Estructuras de Salud Mental incluyendo RRHH y RRMM.

Inversiones para la transformación

- **Reorganizar** los servicios y jerarquizar las líneas del Plan Estratégico.
- Invertir en el desarrollo de la red de estructuras de SM.
- Limitar la inversión en las estructuras asilares y monovalentes.
- Limitar las contrataciones a lo que no sea posible a través de la **redistribución** de los Recursos Humanos.

MUCHAS GRACIAS !