

El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades

Aspectos de
salud mental

El presente trabajo de balance histórico y perspectivas, a veinte años del Programa Nacional de Salud Mental y a quince años de la Declaración de Caracas –OPS/OMS–, fue escrito a solicitud del Cuerpo de Redacción de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, a cuyos integrantes agradecemos la confianza conferida a nuestras humildes posibilidades de realizar un relato de tan compleja aventura colectiva.

La densidad de acontecimientos explica que diversas iniciativas y experiencias hayan escapado a nuestra consideración. Pedimos benevolencia por las omisiones; seguramente serán contempladas en revisiones más amplias y ajustadas que permitan elaborar una memoria crítica dirigida a desbrozar el presente y abrir nuevos caminos.

Los veinte años que separan el nacimiento del Programa Nacional de Salud Mental¹ (en adelante, PNSM) de 1986, del Documento Programático de su Comisión Asesora Técnica Permanente (en adelante, CATP) del 16 de agosto de 2005 (que también se edita en este volumen)², corresponden a un período histórico en el que nuestra sociedad ha realizado cambios significativos en la atención a las personas con trastornos mentales y en salud mental. Este período, rico y contradictorio, contrasta con el largo periplo previo de deterioro creciente, con iniciativas frustradas y problemáticas insolubles³.

Dos removedores procesos político-sociales marcan los extremos del período: la derrota negociada de la dictadura cívico militar y, veinte años después, la aprobación por mayoría absoluta de la población de un proyecto político progresista, que incluye entre sus metas una modificación profunda de la atención a la salud. Así, pues, las transformaciones en la asistencia a los enfermos mentales y en salud mental –articuladas en el PNSM y

actualizadas en el Documento Programático acordado recientemente por la CATP– tienen como manantial profundo la aspiración de cambios democráticos y progresistas de la sociedad uruguaya.

I. Origen y Desarrollo del Programa Nacional de Salud Mental

En las estimulantes condiciones de la apertura democrática de los 80, un amplio movimiento en salud mental genera la esperanza de modificar las condiciones de existencia, el destino y los derechos de decenas de miles de orientales marginados a lo largo del siglo, por su condición de padecer trastornos mentales que los volvían seres indefensos, exiliados de la sociedad y la cultura. En 1986 ese movimiento democrático en salud mental logró plasmar sus utopías originarias en el PNSM, aprobado por el Ministerio de Salud Pública (en adelante, MSP).

Los servicios docente asistenciales de la Universidad de la República, las sociedades científicas y gremiales y los servicios del MSP de psiquiatría y salud mental junto a los agrupamientos de la sociedad civil, en especial de familiares de pacientes, tuvieron un rol muy destacado⁴. La cooperación entre las instituciones^{5,6} y la participación activa de la comunidad han sido de inestimable valor para promover y avanzar los cambios. La auditoría periódica de OPS/OMS y el intercambio con la experiencia internacional estimuló y enriqueció los desarrollos⁷⁻¹⁰.

La actividad de los agrupamientos de la comunidad fue decisiva. Esto explica que las transformaciones lejanamente anheladas recién pudieron ponerse en movimiento cuando ellas comenzaron a incidir. Recordemos que fue aún en plena dictadura cuando la acción de los

Autores

Ángel Ginés

Profesor de Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Director del Programa Nacional de Salud Mental (Dirección General de la Salud - Ministerio de Salud Pública).

Horacio Porciúncula

Médico Psiquiatra. Ex Director de Especializados de ASSE - Ministerio de Salud Pública. Ex Director del Hospital Vilardebó. Ex Miembro de la Dirección del Hospital Psiquiátrico Musto.

Margarita Arduino

Médica Psiquiatra. Ex Directora de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica "Dr. Bernardo Etchepare". Ex Sub Directora del Hospital Vilardebó.

familiares impidió el traslado forzado hacia la Colonia de Alienados –bien alejada de la capital– de los pacientes del Hospital Vilardebó y su cierre definitivo¹¹. Señalemos, además, el papel que tuvieron en la construcción del movimiento de salud mental, en su expansión y en el nivel que hoy presenta.

El documento de la Sociedad de Psiquiatría “Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio”¹², de 1984, constituyó un aporte programático relevante para la construcción del PNSM y en la orientación de los cambios.

La Facultad de Medicina realizó innovaciones importantes¹³. Creó el Área de Salud Mental¹⁴; a la psiquiatría y la psiquiatría pediátrica, vino a sumarse la neuropsicología y la psicología médica. Creó, además, el Departamento de Docencia en la Comunidad con un nítido perfil en salud mental.

En estas condiciones, la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina –el más antiguo y casi centenario servicio docente asistencial de enfermos mentales– transitó transformaciones profundas que constituyen los cambios de mayor densidad y rapidez desde sus orígenes¹⁵⁻¹⁷. La modificación radical de la enseñanza de psiquiatría en el pregrado; la creación de la Residencia Médica Hospitalaria en psiquiatría y psiquiatría pediátrica, que elevó la calidad de la formación de especialistas; la descentralización del servicio y su apertura a una amplia interacción y cooperación con instituciones asistenciales y científicas; la permanente actividad para promover las acciones enunciadas en el PNSM; el desarrollo de las psicoterapias y los abordajes psicosociales; el énfasis en promover la investigación y la incorporación de metodología científica a todas las funciones^{18, 19}; el empleo con profundidad de los procedimientos democráticos que resultó una condición principal en la generación de los cambios.

Las iniciativas e innovaciones aportadas por la Facultad de Enfermería, la Facultad de Psicología y el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales han permitido desarrollar un rico proceso de construcción interdisciplinaria.

La vitalidad de estos cambios tuvo su principal desarrollo en algunas instituciones del sector público (MSP, Patronato del Psicópata y Universidad de la República), que cubren en forma creciente la mitad de la población; la población con mayores carencias y contando para ello sólo con el 25 por ciento del gasto en salud. ¡Cuánto podríamos avanzar si lográramos movilizar, en los lineamientos del PNSM, al resto del sector público y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (en adelante, IAMC), que disponen del 75 por ciento del gasto en salud!

Las aspiraciones del PNSM tuvieron en los años sucesivos una trayectoria complicada con progresos y estancamientos, momentos de amplia participación y de franco estrechamiento. Pero, con toda claridad, hoy se pueden comprobar avances notorios respecto de 1986, que son importantes cimientos para avanzar en la construcción del nuevo modelo en atención psiquiátrica y en salud mental. Esta valoración proviene, no sólo de evidencias cualitativas y estadísticas, sino de la opinión de consultores de la OMS, entre ellos, Pierre Chanoit que en 1966 había descrito, en célebre informe²⁰, el miserable estado de atención de los enfermos mentales en nuestro país; en octubre de 1997, luego de tomar contacto con la nueva realidad destacó los avances que se habían obtenido.

Es fácil imaginar la cantidad de errores y decisiones desacertadas que se han generado en un proceso tan complejo de cambios, pero este es un precio inevitable, si se admite los riesgos y los protagonistas no se consideran infalibles.

Estos cambios no parecen encaminarse a una situación estable sino a un estado de transformaciones permanentes. Este movimiento impone, desde luego, soluciones de continuidad en relación con nuestro quehacer histórico y, hacia el futuro, la perspectiva altamente probable –aun a corto plazo– de nuevas discontinuidades con relación al estado actual.

Para quienes nos formamos, antes de los cambios, en diversas vertientes de la salud mental, esos cambios pueden provocar sentimientos de inseguridad con relación a nuestro

rol. Y en los más jóvenes, incertidumbres que tendrán que elaborar con creatividad, teniendo presente que cuando se transita transformaciones profundas, ellos en buena medida quedarán huérfanos, porque no hay texto ni autoridad magistral que pueda señalar el camino para lo que serán nuevos rumbos. Se espera de todos, jóvenes y veteranos, que apuntalemos los cambios con aportes inteligentes y, sobre todo, con una actitud ponderada, retirando del fuego de las emociones –que sin falta se enciende cuando los cambios no son meras cosméticas–, los leños innecesarios.

Para poner en práctica los lineamientos del PNSM, la Comisión Mixta MSP - Facultad de Medicina había concebido, en 1987, tres direcciones principales de trabajo cuyos desarrollos debían estar ampliamente interconectados.

La primera dirección²¹ reconoce a la Atención Primaria en Salud, proclamada por OMS en Alma Ata, como la estrategia principal. Se realizaron acciones de promoción, prevención y asistencia primaria en puntos de apoyo en los Centros de Salud del MSP, de la Intendencia Municipal de Montevideo y en centros comunitarios y de enseñanza. Las tareas fueron conducidas, en la Facultad de Medicina, por el Equipo de Docencia en la Comunidad; también deben señalarse las acciones en comunidad de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica y el programa universitario APEX²². Estas actividades tenían escasos antecedentes en nuestro medio y permitieron recoger una rica experiencia de aciertos y errores; el PNSM, el MSP y los servicios universitarios la reconocieron como estrategia cardinal.

A partir de 1996 ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) despliega un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos Comunitarios de Salud Mental²³. Al presente treinta y cuatro Equipos desarrollan actividades en el territorio nacional y proveen más de doscientas mil consultas por año.

La segunda dirección²⁴ incluyó la creación y el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; desde 1989 operan en todos los hospitales públicos de Montevideo. Asisten las consultas de emergencia, las interconsultas de las salas de internación,

de policlínicas generales y una policlínica especializada.

Han mostrado buena capacidad de iniciativa, destacándose cada una de ellas con perfiles propios. Así, en el Hospital Maciel la unidad opera una sala de internación que, además de su valor funcional, tiene la trascendencia de haber sido la primera en ingresar pacientes psiquiátricos a una sala especializada en un hospital general de Montevideo; esta sala de internación abierta se destaca por la dignidad del hospedaje, la prolijidad de los cuidados y la calidad humana y técnico científica. La del Hospital Pasteur, se ha destacado por su interacción con los demás servicios del hospital, los cursos de emergencia para diversos técnicos de la salud, el ensayo de internación de pacientes psiquiátricos en salas generales y sus acciones comunitarias. En el Hospital de Clínicas la innovación más importante ha sido la consolidación, por primera vez en nuestro medio, de un Programa de Psicoterapias y Abordajes Psicosociales.

La tercera dirección²⁵ apunta al desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y a la reestructura del Hospital Vilardebó y la Colonia de Alienados. El desarrollo de múltiples y variados centros de rehabilitación ha sido una característica destacada de los avances en esta dirección de trabajo. Una directiva principal de la rehabilitación es el enriquecimiento de las interacciones sociales, por lo que esta actividad se beneficia ampliamente de su inserción en plena comunidad; en este sentido debe considerarse un dispositivo del primer nivel de atención.

En las tres direcciones señaladas se comprueban avances notorios respecto de la época en que se gestó el PNSM. Desde luego que la realidad asistencial a la que hemos accedido es heterogénea, que incluye mucho de inaceptable e indigno, pero entrelazado a logros de indudable bondad; que la concentración de acciones tiene aún sesgo capitalino, pero con ejemplares desarrollos hasta en confines del territorio donde hace dos décadas era la noche; que la población asilar en el sector estatal se ha reducido a un remanente (900 personas), pero no ha sido superada; que las “Casas de

Salud” constituyen un “asilo oculto” con más de un par de decenas de miles de personas, muchas veces en inaceptables condiciones de existencia, que aún no hemos afrontado; que la propuesta comunitaria, en promoción, prevención, rehabilitación y disfrute pleno o protegido de la vida social, recién ha alcanzado los primeros escalones.

En dos décadas nuestra sociedad logró avanzar desde un sistema de atención en salud mental marginado, fragmentado y en franca descomposición, a un nuevo estado, con fuertes contrastes, pero en movimiento y con innovadoras realizaciones y proyectos en diversas direcciones, articulados, en general, en un dinámico PNSM. En el ocaso del “modelo manicomial” se ha generado una nueva situación, en la que se mezclan claridades y oscuridades. Aun cuando persisten oscuridades inaceptables, un nuevo estilo de asistencia está naciendo.

Hoy los desarrollos obtenidos tienen madurez suficiente como para aportar y apuntalarse en la magna transformación que supone el proyectado Sistema Nacional Integrado de Salud.

II. La Salud Mental en el nuevo modelo de atención

La construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud es una de las tareas prioritarias de la sociedad uruguaya para este período histórico, abierto por un proyecto político-social de raíces colectivas, de inspiración democrática y progresista y en renovada continuidad con esas tradiciones. Esta transformación profunda, con cambio del modelo asistencial –que pone énfasis en el primer nivel de atención–, del financiamiento –seguro nacional de salud– y de la gestión –descentralización concertada–, y con la participación activa, consciente y organizada de la sociedad, debe comenzar en las adversas condiciones de un estado de emergencia social que impone intervenciones sanitarias y sociales urgentes y extendidas, con recursos

materiales y financieros acotados al extremo. Las acciones en salud mental resultarán imprescindibles.

Será menester emplear esas intervenciones en la emergencia social, como primer eslabón hacia el desarrollo del primer nivel de atención.

En estas condiciones, ¿cómo asegurar una participación comprometida e inteligente del PNSM –es decir, de todos sus protagonistas– en estos vitales asuntos de nuestra sociedad?

Hace más de un siglo el gran médico e investigador austriaco Rudolf Virchow, fundador de la patología celular moderna y militante social, decía que “la medicina es política en gran escala”.

Las transformaciones que propone el Sistema Nacional Integrado de Salud son tareas políticas mayores o en gran escala. Existen otras tareas históricas que interactúan con salud/enfermedad y tienen el mismo carácter imprescindible: educación, arte, ciencia y tecnología; sobre el cauce de un desarrollo social y productivo sostenido y con justa distribución de los bienes materiales y culturales.

Hablamos de política. Política entendida como el conjunto de todos los instrumentos de la cultura, empleados para producir modificaciones profundas que mejoren la condición humana, en una sociedad y un período histórico concreto.

Y, desde luego, que política en gran escala es conflicto en gran escala; porque incluye los intereses sociales confrontados, las cuestiones de poder, el Estado, las instituciones públicas y privadas, las corporaciones nacionales y transnacionales, la prepotencia imperial globalizada y las fuerzas sociales en movimiento.

La transformación del sector salud tuvo cita vital en el reciente ciclo electoral. Los espacios de soberanía que obtengan las fuerzas sociales que aspiran a estos cambios, determinarán el curso futuro de los acontecimientos en los problemas de salud/enfermedad de nuestra sociedad.

III. La problemática histórica

1. El Hospital Vilardebó, en Montevideo, y la Colonia de Alienados en Santa Lucía –a 70 kilómetros de Montevideo–, constituyeron durante un siglo el problema más importante de salud mental del Uruguay, y lo que es peor, esto devino una cuestión insoluble, dolorosa e inaceptable.

La calidad de la internación y del asilo fue, en general, muy penosa, con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de las personas.

Esta afirmación es válida, con excepciones, para todo el período histórico y para todos los protagonistas del fenómeno asilar: en primer lugar para los pacientes y sus familiares, pero también para el personal de salud cualquiera fuese su función. Los testimonios son numerosos, confiables y contundentes.

El testimonio del Dr. Andrés Crovetto (1884)²⁶ refleja el período de los orígenes; los testimonios del Prof. Emérito Daniel Murguía (1936)²⁷ y del Consultor de la OPS/OMS Dr. Pierre Chanoit (1966)²⁰ informan sobre dos momentos de su desarrollo. Las condiciones actuales de esta modalidad asistencial son heterogéneas y están en franco retroceso. Mental Disability Rights International, con sede en USA, emitió conclusiones críticas y recomendaciones, en 1995, en el documento “Derechos humanos y salud mental en el Uruguay”²⁸. La Facultad de Medicina se expidió, en 1996, a través del documento “Declaración de la Clínica Psiquiátrica con relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto”²⁹ que tuvo repercusión en la opinión pública³⁰. Bespali y de Pena analizaron con profundidad la evolución de los derechos humanos de los enfermos mentales en nuestro país^{31, 32}.

En la investigación epidemiológica histórica sobre la internación y el asilo mental, que comenzó en nuestro país hace una década³³⁻³⁶, la primera concentración significativa de enfermos mentales se completa en 1879 en el “Asilo de Dementes”, con 348 personas, con una tasa de asilados de seis (6) por diez mil

habitantes. El Hospital Vilardebó, previsto en 1880 para 700 camas, supera en una década las 1.000 personas (casi 12 o/000) y en 1910 alberga 1.500 personas (14 o/000). A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abre la Colonia de Alienados³⁷, en el departamento de San José, que, sumada al Hospital Vilardebó, ven elevar el número de asilados hasta cerca de 5.000 personas a mitad del siglo, con tasa próxima al 19 o/000.

Hacia la década del 70 se observa una disminución sostenida de asilados; 2.100 personas a fines de 1992 (6,8 o/000), 1.500 en 1997 (4,8 o/000), 1.100 (3,4 o/000) en 1999 y 900 personas en la actualidad, casi todos ellos concentrados en la Colonia de Alienados.

La velocidad de descenso de la población asilar se aceleró en la década del 90 como para anticipar su superación en algunos años; sin embargo, hacia 2000, el número de asilados tiende a estabilizarse en un millar y reaparece cierta inquietud respecto de su evolución; esta última inflexión de la curva parece vinculada al empeoramiento progresivo de la situación socioeconómica y cultural que adquiere connotaciones de desastre en 2002.

En esta reducción del asilo convergen la alta efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con los procedimientos psicosociales y de rehabilitación, los cambios de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales y el bloqueo progresivo de la emigración forzada (desde todas las ciudades y pueblos del territorio nacional al Hospital Vilardebó en Montevideo, y de allí a la Colonia de Alienados de Santa Lucía) por el despliegue de la asistencia psiquiátrica a todo el país.

El desarrollo de la psiquiatría en los diversos departamentos constituye uno de los cambios más trascendentes del último tiempo, que marcará un viraje en la asistencia en psiquiatría y salud mental hacia desarrollos comunitarios.

Merece el mayor destaque la actividad asistencial, docente y de extensión que realizan alrededor de setenta psiquiatras nucleados en la Asociación de Psiquiatras del Interior. En función de estas nuevas condiciones, el Consejo de la Facultad de Medicina autorizó a la Clínica Psiquiátrica a crear Unidades

Docente Asistenciales en los departamentos de Salto y Paysandú y una Unidad Docente Asociada en el departamento de Artigas, para dar comienzo a una descentralización que extienda el servicio universitario y permita a los estudiantes, residentes y posgrados beneficiarse del aprendizaje en experiencias nuevas que apuntan a propuestas avanzadas de orientación comunitaria. La provisión de estos cargos por la vía del concurso de oposición es un hecho que trasciende a la psiquiatría, pues por primera vez en la historia de la Facultad se emplea este procedimiento, tan caro a nuestra tradición universitaria, para la designación de docentes en departamentos diversos de Montevideo.

Una reducción tan significativa del asilo mental, es un hecho ampliamente saludable que ubica a nuestro país en buenas condiciones para transitar nuevos caminos.

La tasa de asilo ha regresado a los niveles de la época de arranque del “modelo asilar”, pero además, existe una redistribución a nivel nacional del sistema de internación y una modificación funcional de la internación psiquiátrica. En efecto, se han consolidado servicios de internación en diversos hospitales departamentales del país que aportan alrededor de 230 camas, distribuidas en pequeñas unidades, en salas especializadas y salas generales de los hospitales generales, con hospitalización breve o corta³⁸. En Montevideo, el Hospital Vilardebó –el único hospital psiquiátrico del país– aporta aproximadamente 150 camas de internación corta. Así, el número de camas disponibles en el sector público oscila en 380; el sector privado, que incluye la cobertura de las IAMC es de alrededor de 220 camas.

El número de camas con que cuenta el país para episodios críticos es de aproximadamente 600, es decir, de 1,8 camas por 10.000 habitantes. El tiempo de internación ha descendido de meses o años a promedios de entre 20 y 35 días; más de la mitad de las internaciones, en el sector público, se realizan en hospitales generales. El Hospital Vilardebó, reestructurado, tiene hoy algo menos de 300 camas, esto es, casi un sexto de su hacinamiento histórico. Al promediar el siglo, en el sector estatal, las camas de asilo (sin límite de tiempo) constituían el 95% de

las camas totales para enfermos mentales; en la actualidad las camas de asilo constituyen el 70% del total de camas.

Se ha criticado con razón y energía el “modelo asilar”; pero casi siempre con pasión, menos veces con inteligencia transformadora y comprometida. En nuestro país la tendencia estadística anuncia su fin en un plazo relativamente corto. Pero la desaparición del sistema asilar no resuelve los problemas de la asistencia de las personas con trastornos mentales severos –aunque termine con lo que denominamos sobrealienación–, sino que nos coloca ante el desafío de concebir, diseñar y realizar un servicio con firmes bases solidarias, humanistas, científico-técnicas y que nuestra población pueda sostener. Aun no hemos accedido a este nuevo modelo; estamos progresando en su construcción. En el ocaso del “modelo asilar” se ha generado una nueva situación heterogénea y contradictoria en la que se mezclan claridades y oscuridades.

Aun cuando persisten oscuridades, que no debemos admitir como inevitables, un nuevo estilo de asistencia está naciendo. La hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible y con asistencia integral; la asistencia en la comunidad (en centros de salud y en asistencia domiciliaria en crisis³⁹); la educación del paciente, de su familia y del personal de salud en el manejo de los trastornos mentales específicos⁴⁰; los espacios de psicoterapia grupales y personales y la extensión de los programas de rehabilitación⁴¹⁻⁴⁶; la participación activa de los usuarios y la formación de grupos autogestionados; el énfasis en los derechos humanos y en las pautas bioéticas; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue⁴⁷; el diseño de los planes terapéuticos^{48, 49} como “ensayo clínico” y su evaluación sistemática; la integración interdisciplinaria de los equipos; el mejoramiento en la calidad de los contratos del personal de salud y los nuevos modelos organizativos y de gestión.

Anticipemos ahora algunas de las vías de desarrollo esperadas^{2, 3, 9}. Los avances en la asistencia de las personas con trastornos mentales, desde la aprobación en 1986 del PNSM, indican que sus objetivos estratégicos apuntaron en un rumbo acertado y que sus

propuestas resultaron viables. La nueva situación permite observar con buena claridad qué aspectos corresponde fortalecer y desarrollar para acelerar las transformaciones, mejorar la calidad humana y técnica y la eficiencia operativa; también permite reconocer, con igual claridad, qué aspectos inaceptables corresponde superar definitivamente.

a. La hospitalización de pacientes en los trastornos episódicos

Hemos visto que el número de camas estimadas con que cuenta el país para la internación episódica de pacientes está próxima a las 2 camas por 10.000 habitantes. Esta cifra es ampliamente satisfactoria y puede incluso considerarse excesiva. Seguramente la efectividad del desarrollo de las estructuras asistenciales comunitarias podrá medirse en el descenso de este indicador; baste señalar que el Hospital Vilardebó (el centro con mayor volumen de internación episódica) tiene un reingreso del 50% anual, que la asistencia integral post-alta –con los recursos que hoy disponemos– debería abatir notablemente.

Aun cuando la redistribución nacional de camas de internación en los hospitales generales avanzó ampliamente, deberá completarse con la participación del Hospital Pasteur, el Hospital de Clínicas y los hospitales departamentales que aún no desarrollan esa actividad. La internación en hospitales generales no sólo resuelve al mejor nivel los episodios críticos de los pacientes con trastornos mentales, sino que aporta a la integración de los servicios sanitarios y a la calidad en la formación de los recursos humanos en salud. Para que cumpla en plenitud esos objetivos debe ser un servicio de puertas abiertas, como cualquier otra sala hospitalaria; pero como un cierto porcentaje de pacientes –aun con los recursos terapéuticos que hoy disponemos– exige medidas especiales de protección y seguridad es necesario consolidar el Hospital Vilardebó como centro de resguardo para esas situaciones.

La Comisión Asesora del PNSM ha expresado con claridad: “Los servicios asistenciales (públicos y mutuales) deberán disponer de internación especializada, en salas generales y en domicilio para los episodios críticos. El

subsector mutual deberá asegurar la internación durante todo el episodio y cada vez que éste ocurra, sin la limitación actual de treinta días por año”².

El Hospital Vilardebó

En 1996, las medidas implementadas por ASSE (cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, reestructuración del Hospital Vilardebó como hospital de agudos, redistribución de los recursos humanos y materiales con despliegue de los Centros de Salud en la comunidad) marcan un segundo salto en el desarrollo de los objetivos del PNSM –el primer salto se había producido en 1989 con la creación de las Unidades de Salud Mental en hospitales generales, el residentado en psiquiatría y el embrión de una red de servicios–. En los años sucesivos el Vilardebó muestra un estilo de actividad inédito, con mejoramiento de la asistencia e incremento de sus dispositivos: servicio de Emergencia⁵⁰ con programa de Asistencia en Crisis (ACRI) e intervención en el hogar del paciente³⁹, reducción del tiempo de internación, Centro de rehabilitación, reducción casi completa de pacientes asilares, incremento de la ductilidad y la integración de recursos terapéuticos en la asistencia de los pacientes ambulatorios, educación de los pacientes, sus familiares y el personal en el trato con los trastornos mentales, Comité de Ética Hospitalario. Desde luego que también persisten diversas carencias, la más importante de ellas, la parsimonia en la introducción de actividades psicosociales de movilización y elaboración del episodio crítico, que supere el empleo unilateral de terapéutica biológica y el ocio estéril, que empobrece la interacción social.

Se han creado las condiciones para hacer del Hospital Vilardebó un Centro de Salud Mental abierto a la comunidad que supere la mácula en el imaginario colectivo de “lugar de encierro de la locura” y se constituya en un benéfico puntal no solo para la salud mental sino para la salud en general. Algunas medidas parecen imprescindibles. De las 300 camas que hoy existen, más de un centenar corresponden a pacientes judiciales con restricción de la libertad por sentencias de la judicatura, en condiciones de reclusión inaceptable; su

permanencia en un Centro Hospitalario que aspira a ser abierto a la comunidad resulta incompatible y habrá que ingeniar otra solución. El resto de camas, descontados los pocos pacientes asilares que persisten, puede reducirse con la apertura de nuevas salas en hospitales generales, la progresiva disminución de la tasa de reingresos y el acortamiento aun mayor de los promedios de internación; las dos últimas expectativas se relacionan con el desarrollo y consolidación de las estructuras de atención comunitaria. Creemos viable para los próximos años que este Centro de Salud incluya servicios de internación altamente calificados para episodios agudos –con dotación de camas progresivamente descendente– y una consolidación y multiplicación de acciones de rehabilitación, prevención y educación en salud.

b. Los Centros de Salud en la comunidad

Como se ha señalado más arriba, a partir de 1996 ASSE desplegó treinta y cuatro (34) Equipos de Salud Mental, once (11) en Montevideo y veintitrés (23) en los demás departamentos del país²³. Debe sumarse a ellos el programa universitario APEX en la zona del Cerro, los equipos de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Psicología y los Centros de la Intendencia Municipal de Montevideo; también debe considerarse, hacia adelante, las potencialidades de las IAMC.

Todo el conjunto supone un importante dispositivo comunitario para desarrollar la estratégica cardinal del PNSM. Estos Centros deben transformarse progresivamente en el escenario principal de la atención en salud mental.

El proyectado Sistema Nacional Integrado de Salud anticipa un fortalecimiento notable de esta perspectiva, en la medida en que el cambio de modelo asistencial supone un fuerte énfasis estratégico en el primer nivel de atención.

c. Los Centros Diurnos (de rehabilitación)

Es opinión compartida en los ambientes técnicos y ciudadanos del PNSM que este instrumento constituye una pieza operativa fundamental para disminuir la presión de hospitalización, facilitar la actividad de los Centros de Salud comunitarios, mejorar la socialización de los pacientes y asegurar una mejor calidad de funcionamiento de las familias que mantienen a los pacientes en sus hogares.

Estos Centros desarrollan actividades múltiples dirigidas al sostén grupal de los pacientes en la comunidad, la rehabilitación y promoción de sus habilidades y el mejoramiento de sus desempeños sociales; los pacientes pueden concurrir en horarios variados en función de la situación personal y familiar de los usuarios, durante un período que les habilite una mayor autonomía y actividad social.

Desde hace más de una década se han consolidado varios de ellos que funcionan en un buen nivel de calidad y rendimiento: Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (Patronato del Psicópata), Centro Psicossocial Sur-Palermo, Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Sayago, Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (CIPRES) –en Montevideo– y múltiples centros en otros departamentos.

Por la información aportada desde la Dirección del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica operan en la actualidad una veintena de Centros Diurnos en todo el país.

Más de 600 usuarios participan en forma permanente de las actividades y otros cuatrocientos lo hacen en forma esporádica. Alrededor de 400 familiares participan, en diverso grado, de las actividades.

Desde hace varios años una Comisión Intercentros funciona regularmente realizando intercambios, revisión crítica de las tareas y estableciendo pautas y lineamientos estratégicos y técnicos.

El Patronato del Psicópata y su Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica están

encomendados por ley 11.139 y decreto 117/971, respectivamente, a impulsar y conducir estos desarrollos.

El Documento Programático del PNSM entiende imprescindible que el subsector mutual incorpore la rehabilitación en la cobertura de sus afiliados.

Sobre la excelente experiencia acumulada, esta piedra angular de atención está en condiciones de elevar la calidad y el número de Centros, de usuarios y familiares, complementando sus acciones con las instituciones vecinales de tipo social (deportivo, cultural, etc.) y capacitando a los equipos en los Centros funcionantes.

d. El destino de la Colonia de Alienados

En 2002 la Colonia de Alienados cumplió 90 años³⁷; en las nuevas y auspiciosas condiciones que se han generado, los protagonistas del movimiento democrático en salud mental podemos comprometernos –concertando un proyecto viable– a superar definitivamente este remanente asilar.

Apuntalar las acciones en la Colonia para acelerar la desconcentración de esas personas y su retorno a las familias de origen debidamente apoyadas –en los pocos casos en que sea posible–, en familias sustitutas, o en pequeñas comunidades que no superen las quince personas. Pero las acciones más importantes para superar este resabio asilar deben realizarse extramuros con el desarrollo pleno y amplio de los dispositivos de atención en/y con la comunidad.

La prolongada y profunda incidencia del asilo de enfermos mentales en la actividad laboral y en la vida económica, social y cultural de las poblaciones de Santa Lucía, 25 de Agosto, Ituzaingó y Pueblo Nuevo exige la amplia participación de esas comunidades en la construcción de los caminos de superación, comenzando por reconocerles que durante casi un siglo han albergado a más de veinte mil pacientes, gravemente afectados en su socialización, procedentes de todo el país.

e. Los Albergues Comunitarios Permanentes (Hogares Protegidos) y las Residencias Supervisadas

Para atender a la desconcentración del remanente asilar de la Colonia y a la incidencia permanente de cierto porcentaje de pacientes que evolucionan con grave daño en su autonomía, aun con los actuales recursos terapéuticos, debe preverse el desarrollo de Albergues Comunitarios Permanentes (para no más de diez o quince personas) para el grupo de pacientes con alto daño en los que el cuidado y la recreación queden asegurados en el mejor nivel de dignidad.

También deben preverse para los pacientes con un mejor nivel de desempeño social, pero que por diversos motivos no conviven con sus familias, las Residencias Supervisadas.

La Ordenanza 13/84 del Ministerio de Salud Pública para la Asistencia Familiar de Alienados⁵¹ de 1984 constituye una normativa apropiada a estos fines y en ese marco se desarrolla el Programa de Asistencia Familiar de la Colonia de Alienados⁴⁷.

f. La plena incorporación de los pacientes a la actividad social. La Cooperativa Social

Un postulado estratégico que podemos perder de vista en el conjunto de instrumentos incluidos en nuestro PNSM o en los planes terapéuticos integrales es que el objetivo cardinal supone favorecer en los pacientes el mayor nivel de autonomía y de crecimiento en la vida social plena o protegida. La variedad de estructuras asistenciales no es para retener a los pacientes en ellas, como alternativa al asilo, sino para facilitar su tránsito a la vida en la comunidad. De allí la importancia de concebir y construir espacios, más allá de los servicios de salud, para que las personas –en el diverso nivel de competencia al que logran acceder– se incorporen a actividades creativas y laborales que aseguren su autonomía. Un camino viable de este tipo, que enseña la reforma psiquiátrica italiana en Emilia Romagna⁹ –favorecida por su fuerte tradición cooperativa– es la Cooperativa Social, prevista por ley y que permite que ellas operen en el mercado productivo sin desventajas, a condición

de asegurar la participación de un porcentaje de cooperativistas que han obtenido distintos niveles de habilitación y rehabilitación.

2. La segunda gran deuda histórica de la salud mental, en la asistencia a la población, ha sido la incapacidad de incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales a los servicios públicos y a la cobertura mutual (IAMC).

Las psicoterapias de diversa orientación, comenzando por las derivadas del psicoanálisis⁵², tuvieron un importante desarrollo en el Uruguay; por su calidad y seriedad obtuvieron merecido reconocimiento. Pero su inserción se limitó a los sectores que podían acceder por pago personal de servicios a la asistencia o la formación técnica^{53,54}. Las diversas escuelas se constituyeron como campos comunicados y muchas veces confrontados. La investigación empírica fue obviada.

Por iniciativa de la Clínica Psiquiátrica⁵⁵, a partir de 1986, se ha producido un notable avance en las psicoterapias abiertas a la comunidad. Convergen en este programa diversas orientaciones (psicoanálisis, psicodrama, terapia conductual y cognitiva, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica, psicosomática) que emplean técnicas individuales, grupales, familiares. Constituyen el primer programa de psicoterapias y enfoques psicosociales –consolidado en nuestro medio– en los servicios públicos de salud⁵⁶⁻⁶³. En cinco oportunidades el Equipo de Investigación en Psicoterapia obtuvo la aprobación académica de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República; esto indica, a la vez, el nivel de bondad alcanzado y el interés por la psicoterapia, más allá de los ámbitos especializados.

Este emprendimiento universitario ha permitido avanzar en la superación de tres fuertes obstáculos para el desarrollo de la psicoterapia en nuestro medio: a) su incapacidad de constituirse como recurso de salud accesible a la población; b) el desarrollo separado, y muchas veces excluyente, de las diversas propuestas y escuelas y el divorcio de todas ellas de las demás acciones en el campo de la salud-enfermedad; y c) el importante

retraso en la incorporación de metodologías de investigación que amplíen y potencien el método clínico tradicional. Apuntar a esos problemas combinadamente ha sido el empeño principal⁶⁴.

Esas actividades, junto a los desarrollos comunitarios y a las terapéuticas neurobiológicas deben asegurar una amplia gama de procedimientos para superar las acciones unilaterales que cercan al paciente, su familia y el equipo de salud en respuestas sesgadas y de alto costo/beneficio en diversos sentidos.

La rica experiencia universitaria ha permitido poner en marcha el Programa de Formación en Psicoterapia en Servicios de Salud en el marco de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina. La formación de la Federación Uruguaya de Psicoterapia resulta un aporte destacado.

Los dos últimos números de la Revista Uruguaya de Psiquiatría están dedicados a los desarrollos de la psicoterapia y sus perspectivas de futuro; remitimos a los lectores a ese excelente material^{65,66}.

Mención aparte –por estar dirigido a la atención de usuarios que padecen psicosis– merece el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (CIPRES), nacido en el Hospital de Clínicas y sostenido luego por un original convenio entre la Asociación Civil “República Centenario” –emprendimiento solidario de los funcionarios del BROU– y la Universidad de la República. Este Centro psicosocial comunitario es el primero de origen universitario que desarrolla un programa docente asistencial y de investigación para pacientes psicóticos y sus familias con sede en la Plaza Zabala, donde convergen otros servicios universitarios (Psicología, Bellas Artes, Tecnología Médica).

De especial interés –y plenos de futuro– resultan la concepción y el desarrollo del Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial, enmarcado en un convenio entre el MSP y la Universidad de la República, para brindar atención psicológica en el marco de la atención integral a la salud de los beneficiarios de Asistencia Integral (ley 13.223). A partir de marzo de 2001, esta realización de la Facultad de Psicología (con sede en

su Anexo de Mercedes 1737), enriquecida por actividades docentes y de investigación, tendrá una trascendente influencia sobre la actividad universitaria y hacia la construcción de la atención integral en salud.

Hemos visto hasta ahora algunas transformaciones dirigidas a mejorar el desempeño de la psiquiatría y la salud mental en el campo de lo que fue la problemática o prevalencia histórica en el Uruguay. Los trastornos mentales mayores, las caracteropatías graves, el alcoholismo, los trastornos deficitarios (demencia y retraso mental) constituyeron muchas veces, ante la impotencia de nuestras respuestas, importante motivo de marginación y desocialización sin retorno; como consecuencia, el destino final de varias decenas de miles de uruguayos fue el asilo mental. Seguramente, ellos y muchos más, padecieron sin el auxilio de la psicoterapia y las técnicas psicosociales.

IV. La problemática de fin de siglo

Los cambios que se han producido despiertan fundadas esperanzas en mejorar la calidad en el existir de gran número de personas. Pero la problemática o prevalencia de fin de siglo nos desafía agregando nuevos problemas.

El nuevo perfil de la demanda a los servicios de asistencia

A falta, por ahora, de estudios epidemiológicos nacionales debemos emplear los de Inglaterra y País de Gales⁶⁷: los trastornos mentales constituyen la tercera causa de internación, la primera causa de consulta al médico general para las mujeres y la primera causa de pérdida de días laborales para los hombres. Más elocuentes, aun, son los estudios realizados sobre las consultas al Servicio de Salud de Canadá⁶⁸: el 50% de la consulta puede resolverse con una buena anamnesis, esta cifra se eleva al 80% si se realiza el examen físico; los estudios complementarios y especializados son necesarios en el 20% del volumen global de la consulta. Pero como los estudiantes de medicina y los médicos, y en general las diversas profesiones de la salud,

son entrenados principalmente en ese último grupo de pacientes, no poseen las habilidades para resolver en forma apropiada la amplia mayoría de la demanda de atención; se incluyen aquí las molestias y quejas corporales, los problemas emocionales y del estado de ánimo, en general entrelazados a problemáticas existenciales o estrés psicosocial y las acciones de prevención y promoción en salud⁶⁹.

Algunos datos indirectos de la situación en el Uruguay en la década del noventa^{70, 71} son los siguientes: prevalencia a lo largo de la vida en el consumo de sedantes, 40%, con un máximo de consumo entre 40 y 69 años y significativo predominio femenino de 2 a 1. Nuestro país llegó a ubicarse entre los primeros con relación a su población, en la venta de ansiolíticos⁷².

De ahí la prioridad que deben conceder los servicios universitarios formadores de técnicos, al entrenamiento en habilidades básicas de encuentro, semiología y clínica, con aportes de conocimientos operativos imprescindibles en las acciones en salud. Estos instrumentos, ampliamente desarrollados por la psiquiatría y otras vertientes de la salud mental, forman parte inseparable de la calidad de atención en salud⁷³.

De especial preocupación en la prevalencia de fin de siglo resultan los problemas de la violencia en la vida cotidiana y sus consecuencias⁷⁴, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas^{75, 76} y las nuevas modalidades de padecimiento en la cultura contemporánea.

De este complejo conjunto destacaremos –por su impacto en la emergencia social– el problema de la incidencia creciente de las muertes violentas. Veamos algunas cifras, tasas y cálculos que nos resguarden tanto de la negación como de la alarma exagerada.

En los últimos quince años, se realizaron investigaciones dirigidas a profundizar en una descripción epidemiológica del problema^{74, 77-83}. Esos estudios establecieron las curvas históricas de suicidios y muertes violentas y algunas de sus características.

La revisión que realiza el Grupo de Trabajo de “Violencia y muerte violenta” del PNSM aporta a la comprensión de este tema.

Las muertes violentas (homicidio, suicidio y accidentes de diverso tipo considerados en conjunto), tanto por sus causas como especialmente por sus consecuencias psicosociales, se han convertido en un problema muy importante de salud. Constituyen la tercera causa de muerte (luego de las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos); el suicidio ocupa el noveno lugar.

Entre 1961 y 1990 la tasa de suicidios se mantuvo en el entorno de 10,4 suicidios por cien mil habitantes, con máximo de 12,4 (1973) y mínimo de 8,5 (1987). A partir de 1991 y hasta 2004 la curva de suicidios muestra un incremento significativo con tasa promedio para el período de 14,5 por cien mil.

Así, pues, en los últimos catorce años se produjo un incremento significativo de suicidios en el entorno del 40% con relación a los promedios históricos observados hasta 1990. Luego de un máximo en 2002 (17,8), las tasas descendieron en 2003 (16,1) y 2004 (15,5).

Este incremento del 40% del suicidio en nuestro país, se corresponde con un período histórico con grave deterioro de las condiciones sociales y culturales, con notorio sufrimiento subjetivo y mortificación espiritual de personas y grupos humanos. El padecimiento de los individuos, sus familias y las comunidades incluye un conjunto de eventos penosos permanentes que interactúan multiplicando sus efectos y expandiendo la desesperanza.

Los hombres han triplicado y hasta sextuplicado a las mujeres en el número de suicidios. El incremento en los últimos catorce años, que afectó a ambos sexos, fue más notable en hombres; se incrementó tanto en adultos mayores como en jóvenes, con disminución en la edad de incidencia.

Comparada con la mortalidad global, el suicidio provocó 1,5 de las muertes en hombres y 0,5 en mujeres. En jóvenes, donde otras causas tienen menor incidencia, provocó entre 12 y 15% de las muertes.

El método empleado para el suicidio es de interés en los planes de prevención. El arma de fuego, el ahorcamiento, la precipitación y los tóxicos, en ese orden, fueron los métodos empleados con mayor frecuencia. Un estudio

del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina comunicó que en el interior del país predominó el ahorcamiento (40%), en Montevideo el arma de fuego (44%); el arma de fuego se empleó por igual en ambos sexos; el ahorcamiento predominó en hombres; la precipitación y los tóxicos en las mujeres.

Los datos provenientes de los distintos países varían en la calidad del registro y en la continuidad de la información aportada. Por ese motivo, las afirmaciones comparativas deben establecerse con cautela. La mala calidad de la información tiene diversos motivos: en algunas sociedades, por razones religiosas y culturales se tiende a notificar los suicidios como “causa externa no intencionada” para evitar las repercusiones sociales y judiciales del evento⁸⁴; en otras, existen dificultades para establecer con claridad las circunstancias en que se producen las muertes violentas; también existen deficiencias en el registro y en el procesamiento de la información.

El registro nacional del MSP, proveniente de los certificados de defunción, puede considerarse confiable. En 1998 y 2002 se investigaron las muertes por “causa externa no determinada” que, reclasificadas por médico forense, mostraron en esos años un subregistro que habrá que seguir investigando en años sucesivos, para valorar con precisión su magnitud.

En función de la tasa de suicidios los países del mundo pueden clasificarse en cuatro grupos⁸⁴. Un Primer Grupo, con tasas mayores de 25 por cien mil; un Segundo Grupo, con tasas entre 19 y 25; un Tercer Grupo, con tasas entre 12 y 18; y un Cuarto Grupo, con tasas menores a 11 por cien mil.

Hasta 1990 nuestro país estuvo oscilando en los límites entre el Cuarto y el Tercer Grupo. A partir de 1991 ingresa francamente en el Tercer Grupo.

En 1993, con las precauciones de información señaladas, la situación comparativa de algunos países era:

Primer Grupo: Lituania (47,6), Rusia (43,7), Estonia (42,9), Hungría (36,1), China (33,8), Finlandia (27,7).

Segundo Grupo: Ucrania (23,7), Croacia (23,1), Dinamarca y Austria (22,4), Suiza y Francia (21,5), Cuba (19,2).

Tercer Grupo: Bulgaria (17,5), Japón (17), Suecia (16,2), Alemania (15,7), Polonia (14,5), Noruega (13,8), Canadá y Uruguay (13,2), Estados Unidos (12,1), Australia (11,6).

Cuarto Grupo: Puerto Rico (9), Italia (8,1), Corea del Sur (8), España (7,2), Israel (7), Chile (4,9), Colombia (3,1), Albania (2,3), Azerbaizhan (1,6), Malta (0,5).

El Grupo de Trabajo del PNSM jerarquiza el seguimiento epidemiológico permanente con difusión pública del estado de situación y de las pautas de prevención.

La conducta suicida o su tentativa no constituyen ellas mismas una enfermedad sino una complicación en la vida de las personas. La probabilidad del suicidio es varias veces superior en las personas que padecen un trastorno mental, sobre todo cuando no están recibiendo tratamiento integral permanente y apropiado. El riesgo también se incrementa en adultos mayores, que sin haber padecido una enfermedad mental, afrontan condiciones existenciales adversas que son frecuentes en esa situación vital, en especial, cuando padecen enfermedades físicas con repercusión psicológica y sin sostén adecuado, y en niños y jovencitos, cuando los impactos estresantes familiares y sociales pueden favorecer la aparición de conductas suicidas diversas. A todas estas personas se agregan, en los períodos de derrumbe social y cultural, aquellas que en circunstancias de alto sufrimiento subjetivo con desesperanza, incrementan la probabilidad de consumir suicidio.

La tentativa suicida o su realización efectiva implica en primer lugar al protagonista, pero debe subrayarse la fuerte repercusión sobre el entorno a corto, mediano y largo plazo. La atención de la familia y los allegados, que casi nunca se realiza, es una medida principal para prevenir los daños psicológicos traumáticos del entorno e interrumpir el círculo recurrente de la apelación al suicidio.

En este penoso y complejo panorama de fin de siglo, la Comisión Asesora Técnica Permanente del PNSM, en su Documento Programático “Salud Mental en la Emergencia

Social y en el Nuevo Modelo Asistencial”², advierte al respecto:

“Sobre aquellos problemas históricos prevalentes, en los que estamos avanzando, se desarrolla crecientemente la prevalencia de fin de siglo, agregando complejos problemas.

Existe un nuevo perfil en la demanda masiva a los servicios de asistencia y una notoria inadecuación en la respuesta. Se incluyen aquí las molestias y quejas corporales –que no correlacionan con trastornos somáticos consistentes–, los problemas emocionales y del estado de ánimo, entrelazados con problemáticas existenciales: Trastornos por estrés, Trastornos adaptativos, Trastornos depresivos y Situaciones de padecimiento personal, familiar y social que merecen asistencia sin constituir trastorno. Alta prescripción de medicamentos, «medicina alternativa» y expansión de propuestas folklóricas –que contrastan con la prodigación, sin apropiada evaluación científica, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de tecnología especializada–, traducen las dificultades para responder con propiedad a las actuales necesidades de personas y comunidades.

De especial preocupación resulta la violencia social, familiar y el maltrato infantil y sus consecuencias, y la incidencia creciente de la muerte violenta. La violencia y las muertes violentas (homicidio, suicidio y accidentes considerados en conjunto), por sus causas y en especial por sus consecuencias, se han convertido en un problema principal de salud. Entrelazados a la violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus complicaciones y diversas condiciones de padecimiento en la vida cotidiana. Las modificaciones de la conducta de las personas y los grupos sociales, con tendencia al egocentrismo y a la devaluación de los vínculos solidarios; la exaltación competitiva sin consideración por el prójimo y por sí mismo; la incertidumbre y enajenación en la actividad laboral con desempleo, subempleo y multiempleo; los fenómenos de emigración, marginación y fragmentación social, constituyen un complicado entramado de riesgos y daños.

Los espacios de crecimiento y de formación de los seres humanos, la familia, los ámbitos de convivencia e intercambio creativo y recreativo

y la actividad laboral, resultan fuertemente perturbados y hasta desmantelados, afectando especialmente a niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores.

En Uruguay estos fenómenos de fin de siglo aparecieron con relativo retraso y menor intensidad pero ya están instalados en forma endémica y se han expresado con especial malignidad luego del desastre financiero de 2002. Esta Emergencia Social propone a la sociedad y al personal de salud el desafío de cooperar en nuevos campos donde las prácticas tradicionales resultan insuficientes y donde las acciones en salud mental resultan imprescindibles.”

Uno de nosotros ha subrayado los problemas socioeconómicos y políticos implicados en la problemática de fin de siglo en oportunidad de la inauguración de la Muestra Permanente de Pintura “Ojos Dorados” (MSP-ASSE- 1er Piso), con obras de artistas plásticos de la Colonia Etchepare, para el Día de la Salud Mental conmemorado en 2004⁸⁵, en los siguientes términos:

“Estos y otros problemas aparecen sobre una compleja inflexión de la cultura en el último tercio del siglo, condicionada por transformaciones económicas, tecnológicas y sociales con fuerte y creciente concentración regresiva de bienes materiales y culturales. Esta sangría hacia el norte, que Eduardo Galeano denominó hace décadas «las venas abiertas de América Latina», ha acelerado su flujo hasta el colapso. El destacado investigador y economista egipcio Samir Amin ha identificado –en las bases estructurales de esta situación– cinco tendencias monopólicas transnacionales: producción de armas, alta tecnología, recursos naturales, recursos financieros y medios masivos de comunicación.

Estas circunstancias tienen desoladoras consecuencias. Por ejemplo, Carlyle Guerra de Macedo, compatriota brasileño, Director Emérito de OMS, al ser designado Honoris Causa por nuestra Universidad, señala como escollo principal para resolver los problemas de salud y educación de nuestros países al sur del Río Bravo, el hecho de que 200 personas tengan el mismo ingreso que 300 millones de latinoamericanos. O que la nación con mayor volumen de gastos militares dispone, a ese fin,

una cifra que supera los mil millones de dólares diarios, que para decirlo en términos comparativos saldaría la deuda externa argentina en seis meses y la nuestra en diez días.”

V. En la búsqueda de los nuevos rumbos

En esta nueva situación en la que se suman antiguas deudas con desafíos inéditos y complejos, la perspectiva de una modificación profunda del sistema de salud abre al PNSM la oportunidad de un avance sustantivo en calidad y extensión con superación definitiva de la escisión y marginación histórica respecto de las políticas dominantes en salud. Habrá que tener claro que en los problemas de salud y enfermedad se constituye una intrincada trama biológica, social y psicológica.

Conviene, pues, desde todos los protagonistas apuntar a la inteligencia transformadora para imaginar y concebir objetivos apropiados y viables.

Esto supone tener claridad política respecto de que nuestra brújula debe apuntar sin desvíos a las problemáticas de salud-enfermedad de las personas, sus familias y la comunidad; que la planificación estratégica⁸⁶ es un instrumento indispensable para la construcción de los programas, la movilización de los recursos y la formación del personal de salud; que es menester una consideración especial por la diversidad epistemológica convergente en salud mental (y en salud), porque en nuestro campo se constituye una red compleja de conocimientos, teorías, valores y procedimientos que entrecruzan desde la biología molecular y el ecosistema hasta la filosofía, la ética y la religión –situación que impide cualquier auto-suficiencia e impone una amplia articulación con todos los instrumentos de la cultura–. También impone conocer qué se asimila del universo, qué es indispensable investigar y crear, y finalmente qué metodología científica apropiada debe incorporarse en todas las actividades^{18, 87}.

Tres obstáculos complejos merecen especial atención y deberán ser superados: la calidad de los contratos del personal de salud, la

incorporación de metodología científica en la evaluación y controles de calidad del PNSM y del sistema de salud, y la coordinación y complementación de los recursos institucionales.

La calidad de los contratos del personal de salud

Tanto para el avance del PNSM como para el proyectado Sistema Nacional Integrado, la calidad y el compromiso del personal de la salud resultan tan decisivos como la participación de la comunidad.

En estos veinte años se observó, en general, un interés sostenido en participar en la calificación y extensión de los servicios de salud mental con iniciativas e innovaciones.

Un problema mayor con relación a la calidad y disposición de los recursos humanos en salud, está relacionado con las inaceptables condiciones en que los técnicos y funcionarios realizan sus actividades. Las condiciones de contrato laboral no aseguran que ellos puedan emplear su capacidad creativa –exclusiva o principalmente– en un espacio de pertenencia permanente, condición indispensable para aspirar a la calidad de los servicios.

Con toda franqueza, la superación de estos problemas resulta –por ahora– bien compleja ya que los médicos, y otros técnicos de la salud, que deberíamos impulsar estos cambios permanecemos aferrados al conocido mal del multiempleo y a la “libertad del mercado”, sin disposición a la limitación saludable de la jornada laboral, a la radicación en una actividad principal realizada con creatividad plena, al ingreso y progreso por concurso y evaluación de tareas, a valorar la actividad en salud en función del bienestar de los pacientes, de la comunidad y de los propios trabajadores de la salud, por encima de cualquier otra consideración.

El cambio en las condiciones laborales no es tema sencillo, más aun si existen resistencias provenientes de los propios protagonistas. En ese sentido el Encuentro Continental de Educación Médica (1994) realizó algunas precisiones bien pertinentes respecto a este problema, que tienen la representatividad

de las Facultades y Escuelas de Medicina agrupadas en la Asociación Latino Americana (ALAFEM) y en la Federación Pan Americana (FEPAFEM).

En la “Declaración de Uruguay”⁸⁸ señalaron “que las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del Continente, no se han reflejado positivamente en el desarrollo de condiciones de vida de forma de promover con equidad, mejoras en la situación de salud de nuestras poblaciones”, “el médico y el equipo de salud viene adoptando formas de ejercicios profesionales subordinados a los mecanismos de mercado no aplicables directamente en el campo de la salud, con el agravante inaceptable de la segmentación social de la asistencia y la formación, ajustada a diferencias del poder adquisitivo entre sectores sociales”, “la insuficiencia de los esfuerzos desarrollados por las diferentes entidades ligadas a la educación médica que no han producido cambios concretos de la posición de las escuelas frente a los desafíos provocados por la necesidad de salud, el agravamiento del cuadro social, y el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías y procesos”. Expresaron, “un compromiso de orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones”; convocaron a “la implementación de las transformaciones necesarias que aseguren una formación médica de la más elevada calidad en términos técnicos y de relevancia social y una posterior incorporación a modelos asistenciales humanizados y equitativos”; demandaron la “movilización de la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y justicia social”.

La construcción de equipos de salud de alta calidad es una condición principal para el desarrollo del PNSM y para avanzar hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de metodología científica apropiada y de controles de calidad en el desarrollo del Programa

En los primeros años de desarrollo el PNSM evidenció un importante déficit en metodologías apropiadas para profundizar en los diagnósticos de situación y, más aun, para evaluar los cambios procesados. Esto hacía difícil valorar con precisión las innovaciones, los efectos obtenidos y la opinión de los actores (usuarios, familiares, grupos comunitarios, técnicos, funcionarios, opinión pública).

En los últimos años se comprueba un incremento notorio de comunicaciones científicas, evaluaciones de servicio y estudios epidemiológicos descriptivos. Desde hace quince años, las Jornadas Científicas en Psiquiatría⁸⁹, organizadas por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad de Psiquiatría y otras sociedades científicas, discuten anualmente, en tres días de actividad, más de una treintena de trabajos que recogen los esfuerzos de investigación en psiquiatría y salud mental del último año; la Revista de Psiquiatría del Uruguay renovó su presentación y su nivel de calidad; el Premio anual de la Sociedad de Psiquiatría resultó un buen instrumento para estimular la investigación.

Merece especial mención que, a partir de 1998, la Dirección de Especializados de ASSE inició un relevamiento protocolizado y sistemático de los centros comunitarios y de las unidades hospitalarias; la información procesada y sus resultados constituyen un importante aporte para conocer el estado actual y las características de nuestros servicios públicos en salud mental.

Para el avance y la toma de decisiones en el PNSM, la calidad del registro, la elaboración de los datos existentes y la evaluación sistemática, constituyen condiciones imprescindibles.

La necesidad de incorporar metodología científica apropiada converge con el notable aporte de Sackett y otros al desarrollo de la Epidemiología Clínica⁶⁸ y más adelante la Medicina Basada en Comprobaciones⁹⁰.

La investigación de los procedimientos, planes y programas asistenciales resulta una tarea ineludible de los servicios de salud. ¿Qué cobertura tienen los casos y la población general? ¿Quiénes acceden y quienes no acceden a los servicios? ¿Está asegurada la continuidad de la asistencia? ¿Cuál es el efecto a corto, mediano y largo plazo de la prevención primaria, secundaria y terciaria? ¿Cuál es el efecto de las acciones sobre la ecuación salud/enfermedad y sobre la calidad de asistencia de los casos, sus familias y las comunidades?

A estas y a otras preguntas poco podemos responder.

Se trata de tareas complejas y de largo aliento dirigidas a avanzar el arte en salud/enfermedad hacia un arte sostenido en comprobaciones.

La incorporación de metodología científica supone un cambio de mentalidad y la creación de nuevos estilos de trabajo colectivo.

En la experiencia acumulada, desde hace más de quince años, por la Clínica Psiquiátrica¹⁸ la evaluación tomó dos direcciones que resultaron inseparables: el estudio de la disposición subjetiva de los protagonistas con relación a las tareas –Estado de Opinión– y el estudio de los procedimientos y los resultados de las tareas –Investigación de Procesos y Resultados.

El Estado de Opinión es un indicador complejo y altamente subjetivo pero decisivo, pues refleja la disposición de los protagonistas (personal y usuarios de los servicios) hacia los programas. La Investigación de Procesos y Resultados espera, en cambio, valorar los efectos benéficos, adversos y superfluos de los proyectos y programas en curso, reduciendo en lo posible el componente subjetivo de la evaluación. En nuestra experiencia ambas perspectivas resultan condiciones necesarias de la evaluación; más aun, hemos comprobado que a veces tienen la misma dirección y otras están en franca discrepancia, circunstancia que enriquece la inteligencia de análisis y la toma de decisiones.

La coordinación y la complementación de los recursos institucionales en el Programa Nacional de Salud Mental

En las transformaciones operadas la cooperación entre las instituciones, el MSP, ASSE, Universidad de la República, Patronato del Psicópata y Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, sociedades científicas y gremiales y la participación activa de las organizaciones de la comunidad han sido decisivas. La firma del Convenio en Salud (1998) y del Convenio en Salud Mental (1999) entre el MSP y la Universidad despeja el camino para un más amplio desarrollo docente-asistencial, de investigación científica y de complementación de recursos humanos y tecnológicos^{5, 6}.

La cobertura de población de esta cooperación es importante pues alcanza, en forma creciente, el entorno del 50%. Mucho se podría avanzar en la medida en que articulen en el PNSM el resto del sector público y las IAMC. Resulta pues del mayor interés avanzar en programas de cooperación concreta con estas instituciones, que, por otra parte, es una condición principal para el sistema integrado de salud.

VI. La normativa jurídica vigente en Psiquiatría y Salud Mental⁹¹

La ley 9.581 sobre la Asistencia de Enfermos Mentales de 1936 y la ley 11.139 de creación del Patronato del Psicópata de 1948, constituyeron iniciativas dirigidas a favorecer la solución de los problemas históricos más importantes de salud mental en nuestro país. El conjunto normativo aparece en un período en que el crecimiento de la población asilar y el deterioro permanente de las condiciones de albergue se vuelven inaceptables. Como hemos visto, la política asistencial iniciada con el Manicomio Nacional y reforzada años más tarde con la apertura de la Colonia de Alienados –que en sus orígenes constituyeron sesgos propios de la cultura de occidente– entra en crisis y descomposición en las décadas medias del siglo pasado.

Al realizar la valoración crítica del marco jurídico esa circunstancia debe ser considerada.

La ley sobre la Asistencia de Enfermos Mentales de 1936 establece la Inspección General de Psicópatas, encargada de la inspección y vigilancia de la asistencia particular y oficial de enfermos mentales de todo el país; el contralor normativo de las restricciones a la libertad cuando el tratamiento lo requiriera y el control de la calidad asistencial en los diversos establecimientos públicos y privados. Sus órganos son el Inspector General de Psicópatas y una Comisión Honoraria Asesora integrada por el propio Inspector General, un delegado designado por la Sociedad de Psiquiatría, un Profesor de Medicina Legal, un Profesor de Psiquiatría, un Abogado Asesor del MSP y un Fiscal en lo Civil designado por el Poder Ejecutivo.

Reactivada la Inspección General en 1994 y convocada, por primera vez, la Comisión Honoraria Asesora en 1998, estos órganos funcionan hoy con regularidad.

El Patronato del Psicópata de 1948 –es interesante señalar que los legisladores estamparon en el subtítulo de la ley: SE CREA, dándose un cuerpo de normas, para el bien de los enfermos mentales–, más allá de su nombre envejecido, destaca por su representativo origen, la inteligente orientación de sus objetivos, el marco jurídico de persona pública de derecho privado y la composición de su Comisión Honoraria. Los aciertos de esta ley incluyen: la protección del paciente mental en el ámbito hospitalario y externo, el apoyo a la familia, el énfasis en promover la integración social del paciente.

Está dirigido por una Comisión Honoraria integrada por el Director del Programa de Salud Mental del MSP, el Inspector General de Psicópatas, los Directores del Hospital Vilardebó y la Colonia de Alienados, el Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, un representante de la Sociedad de Psiquiatría a propuesta de ésta, tres representantes de la comunidad (uno abogado y otro contador); los cuatro últimos son designados por el Poder Ejecutivo.

Luego de la designación de los representantes de la comunidad, por la nueva administración, la Comisión Honoraria está funcionando a plena integración y con regularidad. Por convenios financiados por ASSE, asegura en

alta medida la asistencia que en salud mental realiza actualmente ese servicio.

El Patronato tiene Comisiones delegadas en todos los departamentos y en la Colonia de Alienados.

El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica se crea por decreto 117/971 del 2/3/1971 y opera en el ámbito del Patronato del Psicópata con los siguientes cometidos:

“a) Todo lo concerniente a los mecanismos y a los medios destinados a conseguir la aceptación integral del paciente psíquico por su medio social.

b) La acción del Centro servirá a los pacientes cualquiera sea su edad.

c) Será cometido de este Centro, lograr la unificación, sistematización y planificación con carácter nacional de todo lo que se refiere al tema de la Rehabilitación Psíquica.”

Por lo visto, las normas elaboradas por el Poder Legislativo tenían múltiples bondades. En las difíciles condiciones reseñadas para casi todo el siglo pasado, el conjunto normativo no tuvo oportunidad de desplegarse, gran parte de sus instrumentos quedó colapsada y desde luego que no pudo atenuar y mucho menos revertir el proceso de deterioro permanente de la asistencia de los pacientes y sus familias.

Ahora sí, en las nuevas condiciones generadas a partir del PNSM, la potencialidad del conjunto normativo nacional pudo comenzar el avance por el camino previsto en sus objetivos. Ejemplo de esto son los desarrollos, en este nuevo contexto, de las actividades del Patronato del Psicópata y su Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica y la mencionada activación de la Inspección General de Psicópatas y la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas.

Desde luego que a la luz de los cambios en curso será menester actualizar y enriquecer el marco jurídico en salud mental.

Referencias bibliográficas

1. Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública, 1986.
2. Salud Mental en la Emergencia Social y en el Nuevo Modelo Asistencial. Declaración Programática de la Comisión Técnica Asesora Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. (Ver en este número).
3. **Ginés AM.** Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria psiquiatría. *Rev Psiquiatr Urug* 1999; 63 (1):27-43.
4. **Ginés AM.** La Facultad de Medicina en el camino de las transformaciones en psiquiatría y salud mental. *Rev Med Uruguay* 1989; 5 (2/3):61-65.
5. Convenio Marco Interinstitucional. MSP-Universidad de la República. Montevideo, 9 dic 1998.
6. Convenio Específico sobre Salud Mental. MSP-Universidad de la República. Montevideo, 16 jun 1999.
7. Declaración de Caracas. Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. OPS/OMS, nov 1990.
8. Declaración de Margarita. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Simposio Norte Sur. Margarita. Venezuela; 23-27 nov 1999.
9. **Arduino M, Porciúncula H y Ginés AM.** La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64 (2):302-316.
10. **Arduino M, Ginés AM y Porciúncula H.** Informe de Uruguay al Curso de Formación de Operadores y Dirigentes Latinoamericanos de Salud Mental (mayo-junio,1999). En: “La Promoción de la Salud Mental”, Editores G. De Plato y E. Venturini. OPS/OMS/Regione Emilia Romagna. Rg. Emilia-Romagna Press, 2000.

11. **Ginés AM.** La honda de Murguía. Rev Psiquiatr Urug 2003; 67 (2):172-180.
12. Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio. Investigación de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (oct 1984). Rev Psiquiatr Urug 1986; 51:1-16.
13. **Carlevaro PV.** Propuestas operativas efectuadas por el Decano de la Facultad de Medicina en relación con el desarrollo, en 1990, del Programa Nacional de Salud Mental. Actas Fac de Medicina, 1990.
14. Ordenanza para el ordenamiento de los servicios de la Facultad de Medicina en áreas. Actas Fac de Medicina, 1989.
15. **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.
16. **Probst E.** Entre la reminiscencia y el miedo. Montevideo: Roca Viva; 1991.
17. **Probst E.** Según pasan los años. Montevideo: Fin de Siglo; 1996.
18. **Ginés AM.** Hacia la calidad de atención en psiquiatría y salud mental con metodología científica apropiada. En: Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, 1943-2003. Edición de la Clínica Psiquiátrica. Fac de Medicina. Universidad de la República, 2004.
19. Programa para el desarrollo de la investigación y la incorporación de metodología científica apropiada a las diversas funciones de la Clínica Psiquiátrica. Actas Consejo de la Fac de Medicina, 1996.
20. **Chanoit P.** Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS/OMS, 1966.
21. Inserción de la Salud Mental en la estrategia de Atención Primaria de Salud. MSP-Fac de Medicina, 1988.
22. **Carlevaro PV.** Algunas reflexiones sobre el Programa APEX. Educación y Derechos Humanos; 1992.
23. Un Modelo en Movimiento. Equipos Comunitarios de Salud Mental. Compiladora: Gabriela Garrido. Montevideo; 2004.
24. Reestructura de la Psiquiatría en los Hospitales Generales. MSP-Fac de Medicina, 1988.
25. Deshospitalización de pacientes psiquiátricos. Directivas generales. ASSE, 1989.
26. **Crovetto A.** Algo sobre Manicomios. Tesis de Doctorado, 1884. Montevideo.
27. **Murguía DL.** Evolución de la Asistencia Psiquiátrica. Rev Psiquiatr Urug 1983; 283:120-126.
28. Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Mental Disability Rights International. Washington, D.C. jun 1995.
29. Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto. 1 ago 1996. Fac de Medicina.
30. Trascendente Declaración. Editorial del diario El País. Montevideo, 8/8/1986.
31. **Bespali Y, de Pena M.** La evolución de los derechos de los enfermos mentales en Uruguay. (Primera parte). Rev Psiquiatr Urug 2000; 64 (3):374- 393.
32. **Bespali Y, de Pena M.** La evolución de los derechos de los enfermos mentales en Uruguay. (Segunda parte). Rev Psiquiatr Urug 2001; 65 (1):7-23.
33. **Ginés AM.** Población internada en el sector estatal (1788-1993). Sociedad de Psiquiatría. Actividad de Educación Continua (Video Biblioteca SMU), nov 1993.
34. **Arduino M, Cáceres D y Grases E.** Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. Rev Psiquiatr Urug 1994; 328:10-22.
35. **Arduino M, Cáceres D y Grases E.** Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. Rev Psiquiatr Urug 1995; 330:19-34.

36. **Ginés AM.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. Rev Psiquiatr Urug 1998; 62 (2):37-40.
37. **Arduino M, Ginés AM.** Noventa años de la Colonia Etchepare. Rev Psiquiatr Urug 2002; 66 (2):119-127.
38. **Strozzi C, Gil JL.** Registro de los Servicios Psiquiátricos con hospitalización por Departamentos. ASSE, 1997.
39. **Porciúncula H, Wilhelm I.** Asistencia en Crisis psiquiátricas (ACRI). Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay 1997.
40. **Fernández M, Labarthe A.** Curso de Psicoeducación en esquizofrenia para personal de salud mental. Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Clínica Psiquiátrica) - Hospital Psiquiátrico, 1994.
41. **Orrego Bonavita M.** Taller de Autogestión Terapéutica (1986). Rev Electrónica de la As Urug de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo. Abril 2003. <http://psicodrama-uruguay.freesevers.com/services.htm>
42. **Palleiro E y col.** El cuerpo en la psicosis. En: "El cuerpo en psicoanálisis" (Diálogos con la Biología y la Cultura). Editorial Comisión de Publicaciones de APU; 2002, T I, pp. 365-368.
43. **Palleiro E y col.** Taller de discusión de los grupos terapéuticos de la Clínica Psiquiátrica (Hospital de Clínicas). 1er. Congreso Uruguayo de Psicoanálisis. Año 2000.
44. **Palleiro E.** Grupo de Escucha de pacientes psicóticos (5ª. comunicación). Jornadas Científicas en Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica de la Fac de Medicina. Segundo Premio de la Sociedad de Psiquiatría, 1998.
45. **Palleiro E.** Alternativas técnicas y observaciones psicopatológicas en la psicosis. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay 1995. Rev Psiquiatr Urug 1996; 60:7-32.
46. **Pardo V, Curbelo O, Castillo R, Grunbaum S, Regazzoni M.** Evaluación retrospectiva de un Programa de Rehabilitación Psicosocial de un Centro de Día para adultos. Rev Psiquiatr Urug 2002; 66 (1):7-33.
47. **Ladowsky I.** Investigación y Seguimiento del Programa de Asistencia Familiar de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare. Primer Premio Soc de Psiquiatría del Uruguay, 1998.
48. **Casarotti H, Pardo V, Labarthe A, Labraga P, Valiño G, Fernández M, Ruiz A, Caetano C, Pazos M, Martínez A.** Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. Rev Psiquiatr Urug 2003; 67(1):76-110.
49. **Casarotti H, Otegui J, Savi G, Zurmendi P, Galeano E y Gold A.** Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(1):7-41.
50. **Acuña R.** Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(2):194-207.
51. Ordenanza N° 13/84. Reglamento para la Asistencia Familiar de Alienados. MSP, 2/3/1984.
52. **Freire de Garbarino M.** Breve historia de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Rev Urug de Psicoanálisis 1988; 68:3-10.
53. **Ginés AM.** Posibilidades de interacción entre el psicoanálisis y los servicios docente-asistenciales de salud mental. Temas de Psicoanálisis, 1990; Año VII, 13:47-58.
54. **Ginés AM.** El psicoanálisis en la perspectiva del Programa Nacional de Salud Mental. En: "El Cuerpo en Psicoanálisis". Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay; mayo 2002.
55. Psicoterapias en el hospital universitario. IV Congreso Uruguayo de Psiquiatría, 1988.
56. **Fernández A, Montado G, González JC, Perelman J, Palermo A y Ginés AM.** Psicoterapia psicoanalítica en el Hospital de Clínicas: cinco años de actividad. Mención Premio Soc de Psiquiatría,

1993. En: La Neurosis Hoy, VII Jornadas Científicas de APU, 1993.
57. **Puerto L, Ginés AM, Perelman J, Ceroni C, Palermo A, Montado G, Gerpe C y Fernández B.** Investigación en un programa de psicoterapia psicoanalítica a nivel institucional. Primer Premio-Beca de Investigación Soc de Psiquiatría - Lab Rhone Poulenc-Rorer, 1993. *Rev Psiquiatr Urug* 1993; 328:59-63.
 58. **Ginés AM, Ceroni C, Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Perelman J y Puerto L.** Desarrollo de una propuesta de investigación en psicoterapia. Segundo Encuentro de la Society for Psychotherapy Research, Capítulo Latinoamericano, Santiago de Chile, 1994. En: *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones Empíricas 1993-1994.* Santiago de Chile; 1995.
 59. **Ginés AM, Montado G.** El problema de la duración de las psicoterapias. En: *Psicoterapia Focal.* Montevideo: Roca Viva; 1995, pp. 161-169.
 60. **Fernández B, Gerpe C, Montado G, Palermo A, Perelman J y Ginés AM.** Estudio sobre la persistencia de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica. En: *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados. Investigaciones empíricas.* Society for Psychotherapy Research, Cap. Latinoam. Pelotas: Editora de la Universidad Católica de Pelotas; 2000.
 61. **Montado G, Fernández B, Gerpe C, Palermo A y Ginés AM.** Investigación de resultados terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica hospitalaria. En: "Desafíos a la psicoterapia", pp. 110, 4° Congreso de AUDEPP. Montevideo, mayo de 2001.
 62. **Ginés AM.** Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. En: "Caminos de la Psicoterapia". *Rev Psicoterapia Psicoanalítica* 2002; VI (2):21-30.
 63. Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas. (Documento de Acreditación). Clínica Psiquiátrica, Hospital de Clínicas, 2002.
 64. **Ginés AM.** Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(1):32-41.
 65. **Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC y Villalba L.** Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug* 2004; 68(2):99-146.
 66. Foro de discusión sobre Guía clínica para la psicoterapia. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(1):7-46.
 67. **Barker JP y Rose G.** Epidemiología en la práctica médica (2ª edición). Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1992.
 68. **Sackett DL, Brian Haynes R, Guyatt G y Tugwell P.** Epidemiología Clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.
 69. **Ginés AM.** Educación Médica Continua y Permanente. *Rev Psiquiatr Urug* 2001; 65(2):213-222.
 70. **Bustelo P.** Investigación comunitaria sobre el uso de medicamentos psicotrópicos en Montevideo. Uruguay. OPS/OMS, 1994.
 71. **Rey A, Gutiérrez S y Muliá M.** Estudio sobre prescripción de psicofármacos en una Institución de salud. XIII Cong. Latinoam de Farmacología y Terapéutica. Montevideo, 1990.
 72. **Ramírez A.** Prescripción Médica y Consumo de Sustancias Psicoactivas. En: "Problemas Vinculados al Consumo de Sustancias Adictivas y Aspectos Conexos" (Tomo I). Curso Internacional para Graduados y Docentes Universitarios. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República, Servicio Central de Bienestar Universitario; nov 1998.
 73. **Ginés AM.** Prescripción Médica y Consumo de Sustancias Psicoactivas. En: "Problemas Vinculados al Consumo de Sustancias Adictivas y Aspectos Conexos" (Tomo

- D). Curso Internacional para Graduados y Docentes Universitarios. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República, Servicio Central de Bienestar Universitario; nov 1998.
- 74. González Rea JC.** Estudio epidemiológico de las muertes violentas en el Uruguay. Período 1963-1989. Monografía de Pos Grado. Clínica Psiquiátrica, Escuela de Graduados de la Fac de Medicina, nov 1991.
- 75. Pouy A, Triaca J.** Drogas. Clínica y psicopatología del uso indebido de sustancias psicoactivas. Montevideo: Vintén Editor; 1995.
- 76.** Problemas Vinculados al Consumo de Sustancias Adictivas y Aspectos Conexos (Tomo 1 y 2). Curso Internacional para Graduados y Docentes Universitarios. Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas, Universidad de la República, Servicio Central de Bienestar Universitario; 1998.
- 77. Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev Med Uruguay 1990; 6(3):203-215.
- 78. Lucero Abreu RK.** Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992). Rev Med Uruguay 1998; 14(3):236-247.
- 79. Ginés AM.** Suicidio en Uruguay. Revista Noticias - SMU, mar 1999; 97:54-56.
- 80.** Informe sobre Suicidio en el Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Unidad Central de Salud Mental. Taller OPS/OMS: 22, 23 y 24 de febrero de 2000. Montevideo.
- 81. Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay IV. La situación epidemiológica actual. Rev Med Uruguay 2001; 17(1):24-32.
- 82. Lucero Abreu RK, Díaz N y Villalba L.** Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000 - abril 2001. El método de la autopsia psicológica. Rev Psiquiatr Urug 2003; 67(1):5-20.
- 83. Pasturino B, Vallarino V y Lima M.** Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Vilardebó. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(2):147-161.
- 84.** Epidemiología de la conducta suicida. Trabajos de revisión. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18(2):1-8.
- 85. Ginés AM.** Palabras con motivo de la inauguración de la Muestra Permanente de Pintura "Ojos Dorados" / MSP-ASSE-1er Piso; con obras de artistas plásticos de la Colonia Etchepare. Sala de Actos del MSP, 13 de oct 2004.
- 86. Rovere MR.** Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud. OPS/OMS, 1993.
- 87.** Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. Lista de Componentes Básicos, Definiciones y Cuestionario. OPS/OMS 1994.
- 88.** Declaración de Uruguay. Encuentro Continental de Educación Médica. ALAFEM-FEPAFEM. Punta del Este, 1994.
- 89.** Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, 1943 - 2003. Edición de la Clínica Psiquiátrica. Fac de Medicina. Universidad de la República, 2004.
- 90. Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W, Rosenberg W y Brian Haynes R.** Medicina Basada en la Evidencia. Madrid: Ediciones Harcourt; 2001.
- 91.** Marco Jurídico en Salud-Enfermedad Mental. Dirección General de la Salud. Inspección General de Psicópatas. Uruguay, 1999.