

Montevideo, 27 SET. 2013

VISTO: la Ordenanza Ministerial N° 801 de 26 de diciembre de 2012;

RESULTANDO: I) que por dicha Ordenanza, se dispuso que la notificación de los intentos de auto eliminación será de carácter obligatorio para todos los prestadores de salud del ámbito público y privado;

II) que en el numeral 2º) de la presente Resolutiva se establécese que la notificación se realizará mediante el llenado de la Ficha de Registro Obligatorio, en un sistema de registro online que forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública, que figura en el Anexo adjunto y forma parte integral de la presente Ordenanza, modificando la “Ficha de Registro de Intento de Auto eliminación (IAE)”, el cual se adjunta como correspondiente instructivo de llenado de la Ficha de Registro Obligatorio, que forma parte integrante de la presente Ordenanza;

CONSIDERANDO: que la Dirección General de la Salud estima pertinente ajustar el texto del numeral 2º) de la mencionada Ordenanza;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

RESUELVE:

- 1º) Modifícase el numeral 2º) de la parte resolutive de la Ordenanza Ministerial N° 801 de 26 de diciembre de 2012, el que quedará redactado de la siguiente manera: “2º) “Establécese que la notificación se realizará mediante el llenado de la Ficha de Registro Obligatorio, envío mensual del reporte, según planilla enviada por el Ministerio de Salud Pública, a la dirección electrónica.

notificacionesiae@msp.gub.uy del 1° al 10 de cada mes, esta Ordenanza entrará en vigencia a partir del 1° de octubre de 2013”.

- 2°) Comuníquese. Tomen nota la Dirección General de la Salud, el Programa Nacional de Salud Mental, Área de Promoción de Salud y Prevención y el Departamento de Programación Estratégica en Salud. Cumplido, archívese.

Ord. N° 765

Ref. N° 001-3-4229-2013

NM

Dra. SUSANA MUÑIZ
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

ES COPIA FIEL
Ma. CRISTINA ROCA
DIRECTORA
Dpto. de Secretaría General
y Acuerdos - M.S.P.



DIGESA/DEPES/PNSM

INSTRUCTIVO DE LA FICHA DE REGISTRO OBLIGATORIO DE INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN (IAE)

PRESENTACIÓN

El registro y la notificación de los Intentos de Autoeliminación (IAE) es de carácter obligatorio para todos los prestadores Integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El presente documento describe el procedimiento para el registro y notificación del IAE, y provee un instructivo para completar los datos correspondientes a la Ficha de Registro Obligatorio de IAE.

ORIENTACIONES GENERALES PARA EL REGISTRO:

El registro de todos los casos de IAE se realizará mediante el llenado de la Ficha de Registro Obligatorio de IAE.

Para completar la Ficha se considerará **caso de intento de Autoeliminación**: todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea este un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de la salud.

Responsables del llenado de la ficha

Esta ficha deberá ser completada por el profesional que brinde asistencia en el servicio de salud interviniente en 1° instancia a la persona con IAE: *Puerta de Emergencia, médico de radio, de urgencia en domicilio, o psiquiatra de guardia en caso de contar con este recurso, policlínica, profesionales de salud mental en general.*

El equipo o servicio de salud mental deberá completar los datos que le corresponden.

Procedimiento

Registro

Todos aquellos prestadores integrales de Salud que asistan a la persona con IAE deberán completar la Ficha de Registro obligatorio de IAE.

El prestador integral deberá implementar el mecanismo para que la ficha una vez completada la información en el servicio de salud interviniente en 1° instancia, sea entregada al equipo o servicio de salud mental, que deberá completar los datos que le corresponden.

Notificación

Los prestadores integrales de salud deberán enviar mensualmente una planilla en el formato establecido por el MSP con la información de todos los casos ocurridos en el mes. La fecha a considerar, será la fecha en que el usuario fue valorado o agendado para la consulta con el E o SSM, independientemente de que el usuario haya concurrido a la consulta o no. En caso de no haber tenido lugar consulta, enviar los datos de la ficha que se dispongan hasta el momento.

La planilla se enviará a mes vencido, entre el 1° y el 10 del siguiente mes al correo electrónico: notificacionesiae@msp.gub.uy.

DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

- **Prestador Integral de Salud:** Indique el nombre de la institución que envía los datos.
- **Fecha de Consulta y Fecha de IAE**
- **Fecha de consulta:** Refiere al día en que el paciente es valorado por el profesional correspondiente.
- **Fecha de IAE:** Refiere al día en que fue realizado el intento, independientemente de la fecha en que es visto por el profesional, pudiendo coincidir ambas.

Se considerará un nuevo episodio de IAE una vez transcurridas 24 hs. En este caso, se procederá a completar una nueva ficha.

▪ Datos Personales

Nombre: Registrar el nombre completo de la persona

Sexo: Femenino asignar letra **F**

Masculino asignar letra **M**

Fecha de Nacimiento: en caso de no contar con el dato consignar edad

Edad: en años cumplidos

CI: Cédula de Identidad, con dígito verificador, sin puntos, ni comas.

▪ Dirección

Nombre de la calle, número y apartamento.

▪ Departamento de Residencia

Refiere al Departamento en el que actualmente reside la persona.

Localidad: Consignar en primer término si vive en zona urbana o rural

Especifique: Nombre de localidad, ciudad, pueblo, paraje, etc.

▪ **Persona de Referencia**

Se deberá consignar el nombre de una persona que pueda ser contactada en caso de ser necesario, sea este dato proporcionado o no por el usuario

Del mismo modo, se deberá registrar uno o más números de teléfono de contacto.

▪ **Vive con**

Estos datos tienen que ver con las personas con las cuales convive el usuario en el momento actual. Deberán ser completados al máximo detalle las opciones disponibles

Familia/pareja: Incluye la convivencia con pareja, hijos y/o ambos.

Amigo/compañero: Podrá referirse a un amigo o compañero de estudio, trabajo, etc.

Institución: Corresponde a la persona que se encuentra viviendo en una Institución por ejemplo: residencia, cárcel, Hospital psiquiátrico.

Solo: Cuando la persona vive sola

▪ **Ocupación**

Especificar actividad actual.

▪ **Método utilizado para el IAE**

Deberá quedar especificado el medio o los medios utilizados para llevar adelante el intento de auto-eliminación.

▪ **Se encuentra o ha estado recibiendo atención por problemas de Salud Mental**

Refiere a si la persona es o ha sido atendida por profesionales de la salud mental (médico psiquiatra, psicólogo, licenciado en enfermería especialista en Salud Mental) y/u otros profesionales de la salud con competencia en la temática. Deberán ser completados al máximo detalle las opciones disponibles

Deberá consignarse el tipo de atención que está recibiendo y el tratamiento, pudiendo ser una de las dos modalidades, o ambas.

Otros: deberá quedar consignado si recibe o no otro tipo de atención (por ejemplo terapias complementarias y/o alternativas)

▪ **Servicio de salud interviniente 1ª Instancia**

Corresponde al dispositivo que tiene el primer contacto con el usuario.

Deberá consignar en el apartado correspondiente el tipo de dispositivo (servicio de puerta de emergencia; un médico de radio o urgencia a domicilio, policlínica, u otros), firma, aclaración de firma y la especialidad del profesional interviniente.

▪ **Servicio o equipo de Salud Mental**

Corresponde al dispositivo de salud mental al que fue derivado el usuario.

Fecha: Refiere al día en que el usuario es valorado o ha sido agendado para la consulta con el profesional de salud mental.

Concurrió: se debe especificar si asistió o no a la consulta asignada.

Además deberá consignar en el apartado correspondiente firma, aclaración de firma y la especialidad del profesional interviniente.

▪ **Otros datos a ser completados por el profesional de salud mental**

Estos datos deberán ser completados por el equipo o servicio de salud mental.

▪ **Factores de riesgo**

Se listan factores de riesgo frecuentes, consignar todas las opciones que correspondan. En caso de detectar otros, especificar cuál/es.

IAE previos: Deberá especificarse la existencia o no de intentos de auto-eliminación previos. En caso afirmativo especifique si posee 1 IAE previo, 2 o más.

Trastornos mentales: consignar si se constata: Depresión, alcoholismo, esquizofrenia.

UsoPsustancias : refiere al uso problemático de sustancias.

En caso de otros problemas de salud mental consignar.

Enfermedades físicas: Incluir aquellas enfermedades crónicas y/o graves, incurables (por ej cáncer, HIV/SIDA, epilepsia) .En caso afirmativo, especificar cuál.

Aislamiento social: refiere a la falta de apoyo y/o redes sociales

Situación laboral: desocupado, jubilado.

Desocupado, se refiere a la actividad actual no usual. Se considera desocupados a quienes no han trabajado en la semana anterior a la evaluación, pero han buscado trabajo remunerado.

Eventos vitales estresantes: Consignar si la persona se encuentra bajo estrés debido a una Situación de:

- duelo: pérdida de ser querido

- otra pérdida significativa: empleo, vivienda, financiera

- otros: otros eventos vitales estresantes (conflictos legales, laborales u otros)

Historia familiar de suicidio- Consignar si existen antecedentes familiares de suicidio.

▪ **Factores de protección**

Se listan factores de protección frecuentes, consignar todas las opciones que correspondan: Apoyo familiar, Buena integración social, Habilidad personal en la resolución de conflictos, o situaciones problemáticas.

En caso de detectar otros, especificar cuál.

Por consultas dirigirse al correo electrónico: notificacionesiae@msp.gub.uy .

Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)

Prestador Integral de Salud _____

Fecha de Consulta ____/____/____

Fecha de IAE ____/____/____

Nombre _____ Sexo Fecha nac Edad Cl.

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Tel. _____ Celular _____

Dirección _____

Departamento _____ Localidad _____ Urbano

Rural

Persona de referencia _____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja Amigo

Solo Institución

Otros _____

Ocupación _____

Método utilizado para el IAE

Ahorcamiento Arma de fuego

Ingesta de sustancias tóxicas Fármacos

Inmersión Precipitación

Otros métodos (especifique)

Se encuentra en atención por problemas de Salud Mental SI NO NO SABE

Farmacológico Psicoterapia

Otros (especifique)

DISPOSITIVO DE SALUD INTERVINIENTE EN 1° INSTANCIA

Puerta de emergencia Otros

Médico de radio/ urgencia en domicilio

Policlínica Especifique _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha ____/____/____ Concurrió Si No

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

Otros datos a completar por el profesional de salud mental

FACTORES DE RIESGO

IAE previos Si No Especifique: 1 Dos o más

Trastornos mentales: Depresión Alcoholismo Esquizofrenia

Uso P sustancias Otros

Enfermedades físicas crónicas y/o graves Especifique

Aislamiento social

Situación laboral : Desocupado Jubilado

Eventos vitales estresantes Duelo Otras pérdidas Otros

Historia familiar de suicidio

Otros

FACTORES DE PROTECCIÓN

Apoyo familiar

Buena integración social

Habilidad en la resolución de conflictos

Otros