

# Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado\*

Diagnóstico de situación abril 2018

## Autores

**Sandra Romano Fuzul**

Médica psiquiatra. Prof. directora de Clínica Psiquiátrica Facultad de Medicina, Udelar.

**María Fernanda Porteiro**

Médica psiquiatra Área Programática para la Atención en Salud Mental, Ministerio de Salud Pública.

**María Gabriela Novoa**

Lic. en Psicología. Responsable de capacitación e investigación Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Administración de los Servicios de Salud del Estado.

**Gabriela López Mesa**

Médica psiquiatra. Referente modelo de atención en salud mental y rehabilitación. Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Administración de los Servicios de Salud del Estado.

**María Celia Barrios**

Médica psiquiatra. Hospital Vilardebó.

**Martín García Rampa**

Sociólogo. Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Administración de los Servicios de Salud del Estado.

**Magdalena García Trovero**

Psiquiatra pediátrica. Adjunta Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Administración de los Servicios de Salud del Estado.

## Introducción

La entrada en vigencia de la ley de Salud Mental N.º 19.529<sup>1</sup>.\*\* establece un nuevo contexto normativo que impulsa un proceso de transformación de la atención de la salud mental (SM) de la población atendida en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).\*\*\* La ley plantea el abordaje desde un modelo de atención de SM comunitaria, lo cual requiere cambios en la estructura y organización del sistema, en las prestaciones accesibles a la población y en las prácticas de los profesionales.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) tiene un rol relevante en este proceso en curso, por ser el mayor prestador público, responsable de la atención de la salud de más del 40 % de la población, y por tener avances importantes en la distribución territorial de dispositivos de atención diversos que constituyen su red de recursos especializados en SM.\*\*\*\*

La descripción y el análisis de la situación actual son insumos imprescindibles para la planificación de la implementación de la ley. Este documento sintetiza la situación actual de la atención de la SM en ASSE.

Inicialmente se refieren los antecedentes y el desarrollo en Uruguay de la atención especializada y brevemente el marco conceptual, con énfasis en los modelos de atención que persisten hasta el momento. Posteriormente

se describe la capacidad instalada en territorio: dispositivos, recursos y su organización. Se resume la información sobre la población asistida y el proceso de atención desarrollado en la respuesta a la población. Finalmente se analizan las fortalezas y dificultades para la implementación de la ley estimando las necesidades en estructura y organización, de acuerdo con las referencias internacionales.

Se incluye en anexo un glosario que define y describe brevemente los dispositivos mencionados en la red de estructuras.

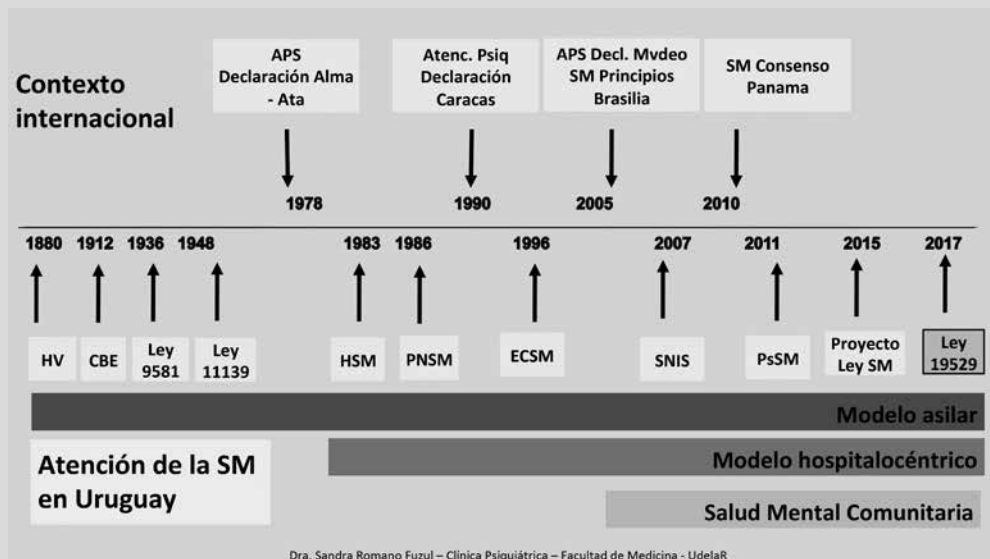
Principales hechos relacionados con la atención de la salud mental en Uruguay

El inicio de la atención psiquiátrica\*\*\*\*\* en Uruguay puede ubicarse a finales del siglo XIX con la creación de la primera estructura especializada; en 1880 se inaugura el Manicomio Nacional, hoy Hospital Vilardebó (HV), que sustituye al Asilo de Dementes previamente existente en ese predio. Son de destacar, como antecedente, las casas anexas al Hospital de Caridad en Montevideo, a partir de 1817,<sup>2</sup> y las dos salas de dementes del Hospital Pinilla en Paysandú, desde 1882.<sup>3</sup>

El gráfico 1 resume los principales eventos internacionales y nacionales que signaron el desarrollo de la atención psiquiátrica durante el siglo XX y que conducen al actual contexto.

\* Este artículo se basa en el informe realizado por el Equipo Básico de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables para elaborar el Plan Estratégico de implementación de la Ley N.º 19.529 en asse, integrado por María Gabriela Novoa, Gabriela López Mesa, María Celia Barrios, Magdalena García Trovero, Martín García Rampa, Juan Triaca, María Fernanda Porteiro y Sandra Romano Fuzul, quien redactó el documento que se publicó en la página de asse. Disponible en: <<http://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencia-Ley-de-Salud-Mental-10377>>.

Gráfico 1 | Principales eventos vinculados a la atención psiquiátrica en Uruguay



APS: Atención primaria de salud. CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. HV: Hospital Vilardebó. CBE: Colonia Bernardo Etchepare. HSM: Hospital Siquiátrico Musto. PNSM: Plan Nacional de Salud Mental. ECSM: Equipos Comunitarios de Salud Mental de ASSE. SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud (creado con la reforma de la salud). PsSM: Plan de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS.

En el momento actual en Uruguay coexisten al menos tres modelos de atención:

**Modelo asilar.** Tiene su apogeo en el siglo XIX y comienza a ser fuertemente cuestionado a mediados del siglo XX,<sup>4</sup> pese a lo cual persiste como modelo predominante en muchos países. La asistencia es realizada en instituciones totales<sup>\*\*\*\*\*</sup> de internación de larga estadía, en las cuales la persona recibe la asistencia sanitaria y el sustento de las necesidades básicas, sin participar directamente en las decisiones cotidianas, con bajo o nulo contacto social fuera de la institución.<sup>5</sup> El funcionamiento institucional es centralizado, puede ser de referencia para todo el país, con baja articulación con otros recursos asistenciales o comunitarios.

En ASSE el ejemplo más presente de modelo de atención asilar es el Centro de Rehabilitación

Médico Ocupacional y Sicosocial (Ceremos), excolonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi. En las plazas de larga estadía en el HV y algunas de las salas de hospital general del interior, también se desarrollan formas de funcionamiento identificadas con el modelo asilar.

**Modelo hospitalocéntrico.** Atención en la que los hospitales tienen un lugar central, jerarquiza la asistencia intensiva del momento de agudeza o descompensación, habitualmente con seguimiento médico ambulatorio posterior al alta. La organización se sustenta en el equipo profesional, con baja participación de la población usuaria en la toma de decisiones. Por ejemplo, HV y la mayoría de las Unidades de SM de hospital general.

## Aspectos de salud mental

\*\* En los números de la Revista de Psiquiatría del Uruguay de los años 2016 y 1017 se publicaron artículos en referencia al proceso de debate y aprobación de la ley incluyendo los documentos presentados por los grupos de trabajo de psiquiatras y en el último el texto de la ley aprobado por el Parlamento.

\*\*\* Sistema Nacional Integrado de Salud, creado por Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007.

\*\*\*\* Resolución del Directorio de ASSE N.º 374/18 (del 18/1/2018) nombrando un equipo de trabajo para la realización del Plan Estratégico Implementación de la Ley de Salud Mental 19.529.

\*\*\*\*\* Es del año 1788 el primer registro de atención de un paciente por una enfermedad mental, en el Hospital de Caridad de la Hermandad de San José y Caridad; entre los primeros ocho pacientes uno está diagnosticado como demente. En 1817 se ocupan dos fincas de un caserío vecino para mujeres; luego se aumentan a cuatro agregando dos para hombres. En 1858 había cuarenta pacientes internados y se arrienda la quinta de Vilardebó. En 1860 se inauguró el primer Asilo de Dementes con 28 pacientes.

\*\*\*\*\* «Lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.» (Goffman, E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 7.ª ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2001.5)

**Modelo de salud mental comunitaria** (en desarrollo en la Red de Salud Mental de ASSE).<sup>6</sup> Atención de la SM integrada a la atención de la salud general, desde una estrategia de Atención Primaria de Salud, sustentada en una red de recursos asistenciales diversos que responden a las necesidades de la población, con distribución en el territorio; tiene como orientación la integralidad y continuidad de los cuidados sanitarios y sociales. Plantea a la población usuaria un rol participativo activo en las decisiones.<sup>7</sup> Thornicroft define la atención de SM comunitaria como «los principios y prácticas necesarios para promover la salud mental de una población local al: a) abordar las necesidades de la población de manera accesible y aceptable; b) desarrollar los objetivos y fortalezas de las personas que sufren enfermedades mentales; c) promover una amplia red de apoyos, servicios y recursos de capacidad adecuada; y d) enfatizar los servicios que se basan tanto en la evidencia como en la recuperación».<sup>8</sup>

La coexistencia de varios modelos de atención en ASSE implica una distribución de recursos humanos y materiales inequitativa y de baja eficiencia. Sesenta por ciento de los recursos humanos de SM trabajan en las estructuras que funcionan con un modelo asilar y/o hospitalocéntrico; solo el treinta por ciento, en los dispositivos orientados al desarrollo del modelo comunitario, para los cuales no es posible precisar el monto de recursos empleados en su funcionamiento.

Lo mismo ocurre en la organización administrativa y la gestión. Los únicos dispositivos especializados en SM que son identificados en la organización administrativa de ASSE son las Unidades Ejecutoras (UE) 103 (Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial Ceremos - excolonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi); 007 (Hospital Vilardebó) UE 078 (Centro Nacional de Información y Referencia de Red de Drogas Portal Amarillo).

Los equipos comunitarios de SM, los centros de rehabilitación psicosocial y las casas de medio camino\* no figuran en la estructura de ASSE; dependen de diversas UE hospitala-

rias y de primer nivel, sin que la relación, los mecanismos de articulación y la asignación de recursos estén definidos por una política de SM orientadora. Si bien está definido que la orientación técnica de estos dispositivos la ejerce la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (DSMPV), esta no tiene ninguna incidencia en la asignación y administración de recursos ni en la gestión administrativa.

## Red de estructuras de Salud Mental

El Plan de Salud Mental del año 1986<sup>9</sup> se concibió desde un modelo de SM comunitaria y sus lineamientos tienen fuertes coincidencias con las disposiciones de la Ley N.º 19.529. Ese plan fue parcialmente instrumentado, y casi en forma exclusiva, en ASSE, con la extensión de las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y con el establecimiento de una red de equipos multidisciplinarios especializados en Salud Mental a partir de 1996,<sup>6</sup> en parte mediante la redistribución de los recursos humanos del Hospital Musto luego de su cierre.

La red de estructuras responsable de la atención a la SM de la población incluye estructuras de salud general y estructuras especializadas en SM. Para identificar las necesidades de la población en temas de SM y responder con una atención oportuna y de calidad, se requiere una red de estructuras diversas distribuidas en territorio según las realidades locales, que funcionen en forma muy articulada, en los diferentes niveles de decisión y de intervención.<sup>10</sup>

La actual estructura y organización no es funcional a estas necesidades; las disposiciones de la nueva legislación plantean una oportunidad para mejorar la calidad de la respuesta a la población en este tema.

\* Ver definiciones de las estructuras en el glosario anexo.

## Capacidad instalada en ASSE para la atención a la SM de la población

Las estructuras y estrategias instaladas a nivel nacional se presentan según etapas y ámbitos de atención: promoción y prevención, atención ambulatoria general y especializada, atención en crisis y de emergencia, hospitalización, para luego describir el mapa de recursos en cada región, tipos de dispositivos y recursos humanos.

## Promoción y prevención en Salud Mental

En el primer nivel de atención se han hecho avances en la incorporación de la SM a las acciones de prevención y promoción de salud. Muchos de los integrantes de los Equipos Básicos del primer nivel de atención (EBPN) han recibido capacitación en temas de SM y cuentan con el apoyo de programas para algunas problemáticas de alta prevalencia, y con recursos humanos con formación en SM para apoyar el desarrollo de las estrategias y programas.

## Recursos profesionales de SM en EBPN

Psicólogos/as de área, agentes socioeducativos y psicólogos contratados por la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) departamentales.

Los psicólogos de área tienen adscripción técnica a la DSMPV y coordinan con los equipos de salud mental (ESM); responden administrativamente a la dirección de la UE en la que trabajan: 10 en RAP Metropolitana y 1 RAP Florida.

Psicólogos con funciones de agente socioeducativo referentes de la salud integral de adolescentes del primer nivel de atención. Existen 21 cargos de Lic. en Psicología cumpliendo dicha función. Están distribuidos de

la siguiente manera: 1 en región Norte, 3 en región Este, 2 en región Oeste y 15 en región Sur.\* En general no hay una coordinación sistemática con la DSMPV ni con los ESM; la dependencia técnica es con el Área Adolescencia de la Dirección de Gestión de Calidad y Riesgo de ASSE.

## Programas vinculados a salud mental en desarrollo en primer nivel

### Programa de prevención de suicidio

El suicidio es un problema de salud pública que impacta y afecta en el entramado social de un país por varias generaciones. Uruguay posee una de las tasas de suicidio más altas en el continente, que supera a los accidentes de tránsito y a los homicidios. Según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el año 2017 los suicidios totales en Uruguay fueron 686, lo que representa una tasa de 19,64 cada 100.000 habitantes (Informe del Área Programática para la Atención en Salud Mental (APASM), 2018).

En el año 2011 la DSMPV de ASSE define dentro de las líneas estratégicas priorizadas fortalecer los procesos asistenciales, para dar una respuesta oportuna y efectiva a los usuarios con riesgo suicida y sus familias.\*\* A tales efectos se conforma un equipo de trabajo sobre Prevención del Suicidio y de los Intentos de Suicidio, para dar respuesta e implementar en la Red de ASSE los lineamientos estratégicos propuestos por el Plan Nacional sobre Prevención del Suicidio 2011-2015,\*\*\* y posteriormente la Estrategia de Prevención del Suicidio 2016-2020 del Ministerio de Salud Pública del Uruguay,\*\*\*\*,11 así como también por el Plan de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, aprobados por Decreto del Poder Ejecutivo N.º 305/011, en agosto de 2011, e incluidos en el catálogo de prestaciones definido para las instituciones que integran el SNIS.12

El equipo de trabajo tiene bajo su responsabilidad, en coordinación con los distintos

## Aspectos de salud mental

\* La estructura organizativa de ASSE consta de tres grandes áreas: asistencial, de recursos humanos y administrativa. El área asistencial sigue un criterio de departamentalización geográfica, que se estructura en cuatro regiones: Norte, Sur, Este y Oeste. Del área asistencial depende también la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. Resolución de Directorio N.º 771/2013.

\*\* En la página de asse es posible acceder al total de documentos de propuesta e informes en relación con la estrategia de prevención y atención de las conductas suicidas: <www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencias-Estrategias-Prevencion-del-Suicidio-en-ASSE-10652>.

\*\*\*En la página del Ministerio de Salud Pública están accesibles los documentos de referencia del plan, así como las herramientas de apoyo para la instrumentación: <msp.gub.uy/programa/prevenci%C3%B3n-de-suicidio>.

\*\*\*\* Elaborado en 2016 por la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio, creada por Decreto Presidencial 378/004.

actores claves de ASSE, promover y facilitar el diseño y gestión de estrategias para dar una respuesta rápida y efectiva a los usuarios en riesgo suicida y sus familias, desde una perspectiva territorial y regional.

En la actualidad se cuenta con un total de 84 referentes para el seguimiento de los intentos de autoeliminación (IAE) a nivel país; la mayoría integran los ESM y coordinan con los EBPN y los servicios de Emergencia respectivos. Se distribuyen de la siguiente manera: 34 en Montevideo y Red Metropolitana, y 50 en los departamentos del interior: hay 11 referentes en iae que integran los ebpn, 6 referentes integran los equipos de salud de las UE de la DSMPV (Hospital Vilardebó, Ceremos, Sistema de Atención Integral a Personas Privadas de Libertad, SAI PPL, y Portal Amarillo); los demás referentes integran ESM en todo el país.

Las funciones del referente para seguimiento de IAE son:

- a) conocer y facilitar los mapas de ruta y flujograma locales, para el abordaje de estos usuarios en los diferentes niveles de atención;
- b) colaborar en la implementación de acciones en el territorio, que requieren de conocimiento de la Red en general (instituciones barriales, ONG, etc.);
- c) organizar y promover actividades de sensibilización de los técnicos y de la comunidad en el área de influencia correspondiente;
- d) promover el involucramiento y compromiso de todos los actores para dar respuestas integrales e integradas.

Desde el 2011 a la fecha se realizan dos jornadas anuales con los referentes para consolidar la figura, su alcance, difundir los mapas de rutas departamentales, colectivizar y dar continuidad a las estrategias desarrolladas para la prevención del suicidio en cada departamento.

Desde 2016 se cuenta con un Equipo Móvil (creo que es el nombre) de supervisión técnica de los ESM para el abordaje de las personas que consultan por IAE, así como también para promover y fortalecer el desarrollo de estra-

tegias singulares para abordar las situaciones de riesgo suicida en cada departamento.<sup>12, 13</sup>

Desde el 2018 se cuenta con una nueva prestación para la intervención en crisis ante el riesgo suicida, la Línea de Vida, - 0800 0767 - \*0767. Un dispositivo de atención telefónica de carácter nacional, cuyo objetivo principal es contribuir a disminuir los IAE o los suicidios a nivel país y responde al Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Está destinado a toda la población, usuarios de ASSE y de los prestadores privados. La línea está operativa las 24 horas, todos los días del año, atendida por un equipo de profesionales que han sido capacitados para la función. Son 12 personas que trabajan en duplas y cubren todos los días de la semana. Cuentan con un espacio de supervisión técnica de frecuencia quincenal.

Programa de prevención de suicidio en adolescentes

Con respecto a los usuarios que consultaron en la red de servicios de salud ambulatorios de ASSE, se destaca que, de un total de 22.941 usuarios de 10 a 14 años que se asistieron en el período 2014-2015, el 5,8 % son adolescentes que consultaron por problemas psicológicos. En el mismo período los adolescentes de 15 a 19 años que consultaron en policlínica fueron 20.939, de los cuales el 4,5 % lo hizo por problemas psicológicos.<sup>14</sup>

La depresión en la adolescencia es una de las causas asociadas al IAE, por lo que detectar a tiempo los síntomas y signos es importante, no solo para prevenir los suicidios, sino para actuar lo antes posible frente a este sufrimiento.

A través del Área de Adolescencia de la Dirección de Gestión de Calidad y Riesgo y el equipo de trabajo sobre Prevención del Suicidio de la DSMPV, ASSE elaboró un Protocolo de Atención para Adolescentes, con el propósito de mejorar la atención, homogeneizar la práctica clínica en los diferentes niveles de atención de ASSE y sistematizar acciones para la detección precoz y prevención del suicidio en adolescentes.

El 29 de marzo de 2017 se difundieron los Protocolos de Atención en Adolescencia - Conductas Suicidas<sup>15</sup> y Embarazo,<sup>16</sup> en el Salón de Actos del MSP. A partir de allí, se comenzaron las capacitaciones en la implementación de estos protocolos en todo el territorio nacional. Los convocados han sido los funcionarios técnicos y no técnicos de la institución, que tuvieran contacto con adolescentes y con estas temáticas, además de los jefes de servicio, mandos medios y direcciones de las UE.

### Atención ambulatoria

Se incluye la atención ambulatoria en los dispositivos de atención de salud generales mencionando recursos y estrategias, y la atención especializada desarrollada en los dispositivos específicamente creados para dar respuesta a la población.

### Atención ambulatoria por Equipo Básico del primer nivel de atención

Los médicos de familia y los especialistas que integran los equipos básicos (EB) del primer nivel reciben alta frecuencia de consultas por problemas de SM. Para la atención de los problemas de alta prevalencia se han realizado capacitaciones a parte de los integrantes de los equipos (tabla 1), y se cuenta con recursos terapéuticos específicos.\*

**Tabla 1 | Evolución de las actividades de capacitación en salud mental (2014-2017)**

	Comparativo por año			
	2014	2015	2016	2017
Cantidad de participantes	2115	1999	2305	1890
Horas	345	228	350	379
Jornadas	65	49	96	72

En la tabla 2 se dan los datos totales de capacitación realizadas sin discriminar EBN y ESM, dado que muchas de las actividades involucran tanto a equipos generales como especializados.

**Tabla 2 | Actividades desarrolladas de capacitación y sensibilización (2017 y 1.º semestre 2018)**

ACTIVIDADES	N.º	Participantes
Jornadas de sensibilización. Equipos Salud	6	193
Encuentros regionales	4	411
Jornadas referentes IAE	3	84
Prevención suicidio en PPL	1	30
Prevención suicidio en ASSE	4	125
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>843</b>

\* En los informes sobre capacitación 2015-2017 publicados por la unidad de capacitación de asse se detallan los cursos realizados, modalidad, número de participantes y carga horaria. Informes disponibles en: <www.asse.com.uy/contenido/Informe-de-Capacitacion-8841>.

### Capacitación sobre temas de salud mental a personal del primer nivel de atención

De las actividades de capacitación en SM con ebn destacamos las siguientes por su extensión e intensidad:

*Uso racional de psicofármacos en el proceso asistencial integrado ansiedad depresión (2016).* Curso realizado para la región Sur, dirigido a los médicos de familia, químicos de los Centros de Salud y psiquiatras de los ESM. Coorganizado entre Capacitación de ASSE, la DSMPV y la Facultad de Medicina, acreditado con 53 créditos por la Escuela de Graduados.

Inclusión de temas de SM en el curso *Territorio y población (2017)*. Este curso estuvo dirigido a equipos de salud que se desempeñan en el primer nivel de atención, en particular a licenciados/as de enfermería, auxiliar de enfermería, obstetras, parteras, médicos/as de área, general, de familia y comunidad, y pediatras. Tiene el propósito de fortalecer el modelo de atención basado en territorio y población en los departamentos de Canelones, Florida, Treinta y Tres y Salto. El programa desarrollado incluyó temas de SM; hubo 120 participantes.

### Prestaciones de salud mental. Modo I

En el primer nivel se desarrollan los abordajes psicoterapéuticos grupales del Modo I del Plan de Prestaciones en Salud Mental del año 2011, variando el tipo de actividad por equipo, zona y momento.<sup>17</sup> A partir de las capacitaciones realizadas para el trabajo con grupos se dio un aumento de iniciativas al respecto.

### Vademécum

El vademécum para el primer nivel de atención incluye psicofármacos. La posibilidad de prescripción de los mismos está regulada de forma que no se superpongan con la prescripción del psiquiatra. Este es un aspecto a considerar en la definición de los procesos asistenciales.

### Atención ambulatoria especializada en salud mental

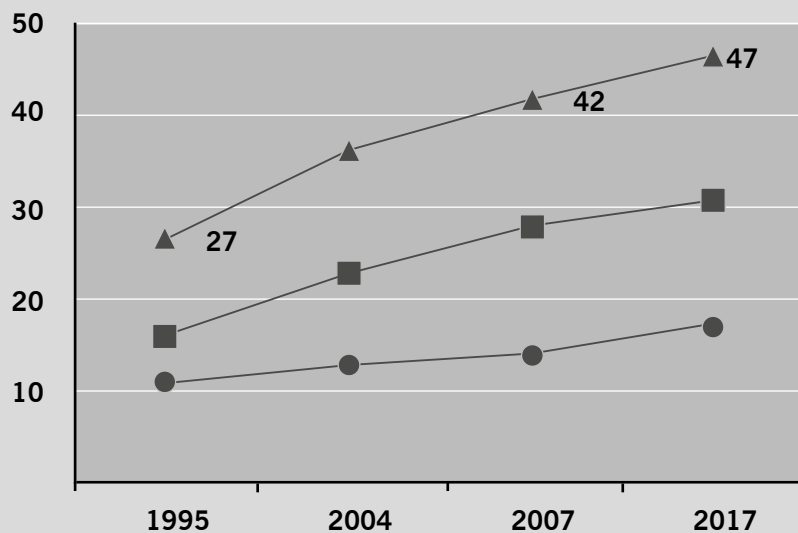
Vinculado al primer nivel de atención, con diferentes niveles de integración y articulación, funcionan los ESM, en algunos casos con un funcionamiento de equipo consolidado, en otros, algunos profesionales trabajan en los dispositivos en forma más o menos integrada con los otros profesionales de SM y con el EB.

Hasta 1996-97 la atención ambulatoria era realizada en policlínicas de psiquiatría de adultos; progresivamente se agregaron consultas de psiquiatría pediátrica y psicología. Desde 1997 se constituyeron equipos con psiquiatra de adultos, licenciado en psicología, auxiliar de enfermería, Lic. en trabajo social y personal administrativo; en algunos equipos hay licenciado en enfermería. Actualmente todos los equipos cuentan con especialistas en psiquiatría pediátrica; progresivamente se han ido incorporando talleristas y docentes en los centros de rehabilitación\* psicossocial para personas con trastornos mental severo (TMS) (gráfico 2).\*\*

\* Respecto a la definición de centro de rehabilitación, ver en el glosario.

\*\* Bajo esta denominación se encuentran las «Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica».<sup>18</sup>

Gráfico 2 | Número de equipos de salud mental



Inicialmente los equipos se establecieron únicamente en las capitales departamentales y posteriormente se extendieron a algunas ciudades de mayor población, en forma de equipos completos o realizando consultas regulares en policlínicas de localidades de menor población.

Las prácticas desarrolladas son diversas en cada equipo y han evolucionado con el tiempo en función de realidades locales y del contexto nacional. La evaluación y capitalización de las

experiencias ha sido principalmente vivencial en las instancias de encuentro e intercambio entre los equipos siendo limitada la sistematización y las publicaciones sobre el tema.<sup>6, 19, 20</sup>

El número de profesionales fue aumentando en Montevideo y en el interior (tabla 3), pero en muchos departamentos la función es cumplida por un profesional no residente que viaja semanalmente, sobre todo en caso de los psiquiatras de adultos y pediátricos.

**Tabla 3 | Evolución de los recursos humanos en los equipos especializados en SM por disciplina\***

RR. HH. de los Equipos de Salud Mental de ASSE	Montevideo				Interior			
	1995	2004	2007	2017	1995	2004	2007	2017
Psiquiatras de adultos	17	48	55	72	21	59	66	96
Psiquiatras pediátricos	1	14	16	25		21	24	30
Psicólogos	10	42	55	78		47	58	108
Lic. trabajo social	2	15	19	23		30	31	36
Auxiliares de enfermería	3	29	30	39	9	85	80	110
Licenciada en enfermería		1	1	6	1	11	12	23
Administrativo	1	13	14	21		23	23	29
Técnico en rehabilitación			4	4		36	37	
Otros			10	19			8	29

Fuentes: 2017 DSMPV de ASSE y datos anteriores<sup>19, 21</sup>

A nivel de los dispositivos territoriales de atención ambulatoria en 2017 se registraron un total de 285.022 consultas, distribuidas según muestra la tabla 4.

**Tabla 4 | Número de consultas en ESM por profesión**

Número de consultas (2017)	TOTAL
Psiquiatra adultos	147.727
Psiquiatra pediátrico	38.516
Lic. en psicología	73.091
Lic. en trabajo social	25.687
<b>TOTAL</b>	<b>285.022</b>

Los recursos humanos que trabajan en dispositivos especializados en SM se concentran en las unidades ejecutoras; en la tabla se evidencia también que la composición es diferente. Los profesionales y técnicos de SM están en mayor número en los equipos especializados, salvo el personal de enfermería, que se concentra en las estructuras hospitalarias (tabla 5).

A partir de 1996, la modalidad de contratación y remuneración de los recursos humanos para el área de SM y la conformación de los ESM distribuidos en territorio, se realizó con fondos del estado administrados a través del convenio colectivo celebrado por el Ministerio de Salud Pública/ASSE y el Patronato del Psicópata\*\* en el marco de la decisión del MSP de «... instrumentar una política de incentivos dirigida al cambio de modelo asistencial de

\* Según una encuesta realizada por el Dr. Álvarez Paseyro en 1989 en los 18 departamentos del interior, se constata que hay 29 psiquiatras radicados, 10 del sexo femenino y 19 del sexo masculino. Tienen un promedio de 44 años de edad y 8,5 años de residencia. El 90 % no son oriundos, también concurren 17 psiquiatras itinerantes. Además, hay 45 psicólogos y 33 asistentes sociales, hay solo una nurse contratada en Melo y 9 enfermeras y 9 auxiliares de servicio, casi todos contratados en Paysandú.<sup>3</sup>

\*\* Persona pública no estatal con su propia estructura jerárquica y cometidos definidos por Ley 11.139 de 1948.



atención y a mejorar los standards de calidad en la atención de la SM entre otras áreas...». Las contrataciones de los médicos psiquiatras se realizan en régimen tercerizado (categorizados como «profesionales») y para los demás técnicos a través de la contratación en figura de dependencia (licenciados, psicólogos, psicomotricistas, auxiliares de enfermería, talleristas, cocineros, guardias de seguridad, choferes, etc.), todos contratos reglados bajo el

régimen de privado. La remuneración incluye en el salario un complemento por función denominado «incentivo de salud mental».

La práctica de incentivar a los trabajadores de la SM generó inequidades y progresivamente constituyó un obstáculo para la gestión y el desarrollo del modelo propuesto, transformándose en una discriminación estigmatizante hacia la SM.

**Tabla 5 | Recursos humanos en dispositivos especializados en sm en ASSE**

TIPO DE CARGO	ESM	Portal Amarillo	H. Vilardebó	SAI - PPL	CEREMOS	TOTAL
Psiquiatras de adultos	159	5	57		25	246
Psiquiatras pediátricos	59	1				60
Otros médicos <sup>1</sup>			35	50	39	124
Psicólogos/as	177	9	21	14	5	226
Lic. en trabajo social	64	5	19		10	98
Lic. en enfermería	29	5	33	4	28	99
Otros profesionales <sup>2</sup>	59		20	9	13	101
Aux. enfermería, cuidadores, vacunadora	150	19	272	67	261	769
Técnicos que trabajan en rehabilitación <sup>3</sup>	59		4	11	1	75
Otros técnicos <sup>4</sup>			17	7	26	50
Cargos de dirección <sup>5</sup>			14	1	10	25
Personal administrativo <sup>6</sup>	51	13	95	31	95	285
Auxiliar de servicio, Limpiador			28	21	195	244
Vigilantes y porteros			93		56	149
Cocina, dispensero, tisanero, carnicero			55		41	96
Mantenimiento, lavadero, otros			16	2	58	76
Choferes			13	14	34	61
Practicantes y residentes <sup>7</sup>	72		2			74
Suplentes			20			20
<b>TOTAL</b>	<b>879</b>	<b>57</b>	<b>814</b>	<b>231</b>	<b>897</b>	<b>2878</b>

1. Médico general, anestesiista, cardiólogo, deportólogo, dermatólogo, neurólogo, pediatra, etc. 2. Químicos farmacéuticos, nutricionistas, odontólogos. Lic. en fisioterapia, lic. en neurofisiología clínica, lic. en sociología, téc. en recuperación psicomotriz. 3. Docente, tallerista, educadores, operadores terapéuticos, terapeuta ocupacional. 4. Auxiliar de farmacia, auxiliar de laboratorio, laboratorista. 5. Jefaturas y direcciones administrativas y adjuntos, directores, subdirectores, adjuntos. 6. Auxiliares administrativos, informáticos, contables, en registros médicos, telefonista, cadete técnico en redes, recaudador. 7. Practicantes de psicología y residentes de psicología y psiquiatría.

NOTA. Datos a mayo-junio de 2017 aportados por las oficinas de RR. HH. de las UE y los responsables de los ESM de todo el país.

## Capacitación\*

Desde el año 2014, la DSMPV, en coordinación con la División Capacitación y en alianza con la Udelar y organismos internacionales, ha desarrollado acciones de formación continua e investigación en SM en los equipos que conforman la red de servicios de Salud Mental de ASSE. En el año 2015 se creó un área específica de Formación Continua, Desarrollo e Investigación en Salud Mental.

Se trabajó sobre ejes considerando poblaciones de riesgo específicas utilizando como marco de trabajo el cambio de modelo:

Salud Mental Pediátrica, Niños, especialmente aquellos con dificultades de integración a las instituciones educativas.

Prevención y abordaje a las personas con riesgo y conducta suicida y sus familias.

Prevención y abordaje a las personas con uso problemático de sustancias y sus familias.

Prevención y abordaje a las personas con trastorno mental grave y sus familias.

Los ejes de trabajo fueron:

Cambio de modelo. «Hacia un modelo comunitario en salud mental basado en el paradigma de recuperación.»

Gestión Clínica y Procesos Asistenciales Integrados.

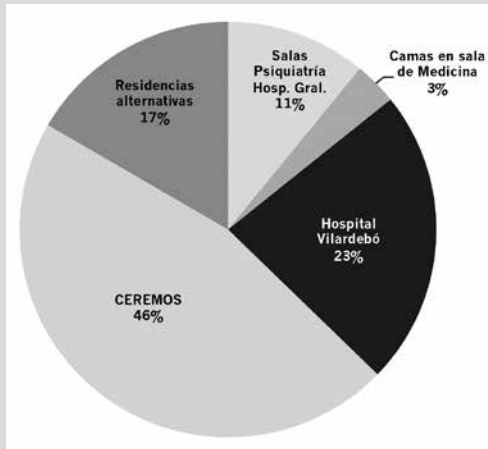
Prestaciones en Salud Mental consideradas en el Plan de Prestaciones del Ministerio de Salud Pública, específicamente en el desarrollo de competencias para el abordaje en modalidad de Grupos.

## Hospitalización

Las alternativas de hospitalización disponibles en ASSE son de hospitalización a tiempo pleno, en sala de psiquiatría de hospital general o en hospital monovalente, y un programa de hospitalización domiciliaria en desarrollo en HV. El desarrollo de estructuras residenciales con apoyo para sustituir a las camas de larga

estadía se inició hace varios años,\*\* pero su desarrollo es muy lento y las plazas son aún muy insuficientes (gráfico 3).

Gráfico 3 | Distribución de plazas de hospitalización y residencias psiquiátricas para usuarios de asse (en %)



\* Anteriormente se mencionaron las actividades de capacitación en SM realizadas para los equipos de salud generales. En esta misma línea de trabajo la cooperación con la Udelar incluye capacitación y generación de conocimiento original. Informe investigaciones y publicaciones en cooperación con Udelar disponibles en: <<http://www.asse.com.uy/auccdocumento.aspx?10652,70789>>.

\*\* El Programa de Egreso de la Colonia Etchepare (antes llamado de Asistencia Familiar) fue generando estructuras alternativas en Santa Lucía.

## Sala de Psiquiatría en hospital general

En 1966\*\*\* se crea la primera sala de psiquiatría en un hospital general, en el Hospital de Paysandú;\*\*\*\* en la década del 80 se instalaron salas de hospitalización psiquiátrica en el interior del país.

En casi todos los departamentos existen salas especializadas en psiquiatría, la mayoría funcionando. Las salas de los hospitales de Mercedes y San Carlos están en reforma; Artigas cuenta con infraestructura, pero sin recursos humanos asignados; hay dos salas en proyecto, la del Hospital de Colonia y la del Hospital de San José. En Tacuarembó y Flores no hay sala de psiquiatría y hasta ahora, no se proyectó realizarlas.

En las salas existentes, el número de camas que varía entre 6 y 25 plazas, entre las que hay camas de corta, mediana y larga estadía, sin definiciones de lugares y programas específicos para cada modalidad (tabla 6).

\*\*\* En el año 1963 empezó a ir a Paysandú el Dr. Mario Álvarez Paseyro, quien organizó la primera policlínica de atención psiquiátrica en el hospital. En 1964, con la autorización del director del hospital, comienza a hospitalizar en sala general.

\*\*\*\* En Paysandú en 1882, funcionó una Sala de Dementes en el Hospital Pinilla. Este hospital fue el primero del interior y el segundo del país, después del H. Maciel, en la calidad inicial de Hospitales de Caridad.

**Tabla 6 | Número de camas de hospitalización psiquiátrica en hospital general por departamento**

Región	Departamento	Dotación de camas en sala de Psiquiatría	Promedio mensual de camas utilizadas en sala Medicina de hosp. grales.
REGIÓN NORTE	ARTIGAS	6	0
	SALTO	20	0
	DURAZNO	12	0
	TACUAREMBÓ	0	2
	RIVERA	16	0
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>54</b>	<b>2</b>
REGIÓN ESTE	CERRO LARGO	12	0
	TREINTA Y TRES	16	0
	LAVALLEJA	11	0
	MALDONADO	0	6
	ROCHA	20	0
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>59</b>	<b>6</b>
REGIÓN OESTE	PAYSANDÚ	21	0
	Colonia, Juan Lacaze	0	2
	Colonia, Carmelo	0	2
	Colonia, Nueva Helvecia	0	3
	SORIANO	0	6
	RÍO NEGRO	11	0
	SAN JOSÉ	0	4
	FLORES	0	2
	FLORIDA	8	0
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>40</b>	<b>19</b>
REGIÓN SUR	HOSPITAL MACIEL	8	0
	HOSPITAL PASTEUR	9	0
	C. H. PEREIRA ROSSELL (pediátrico)	0	25
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>17</b>	<b>25</b>
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>170</b>	<b>52</b>

Nota 1. En Artigas hay una sala de psiquiatría de 6 camas, pero no se utiliza por falta de personal; mantienen la internación en sala general. En Soriano se está ejecutando remodelación para la apertura de 18 camas en SM. En Maldonado, San Carlos culmina este año una remodelación para apertura de 16 camas en SM; tienen un plan de contingencia en el que cuentan con una dotación de 6 camas en sala general.

Nota 2. Datos de Gestión de la Información, dic-enero 2018. Dotación de camas en Unidades Hospitalización Psiquiátrica y en Salas de hospitales generales en ASSE según departamento y región y ajustados por el Área de Información de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables sobre la base de una consulta telefónica a los responsables de las salas de psiquiatría y a los coordinadores de equipos de SM de cada departamento (marzo 2018).

## Hospital Vilardebó

Es el hospital monovalente que fue referencia nacional hasta el desarrollo de las salas de psiquiatría en hospitales generales, manteniendo hasta hoy el mayor número de plazas de hospitalización por causa psiquiátrica en Montevideo. Se inauguró en 1880 como Manicomio Nacional y es donde se inicia la psiquiatría nacional como especialidad en el año 1908.<sup>2, 22</sup>

Continúa como principal estructura para la hospitalización de pacientes judiciales y como referencia para algunos departamentos en los que persisten los modelos asilares y hospitalocéntricos en la lógica asistencial, y derivan al hospital los casos que generan mayores dificultades.

A marzo de 2018 el número de camas en salas abiertas del HV es de 245 plazas incluyendo las camas de emergencia, más 30 camas contratadas en sanatorios privados (principalmente en Sanatorio Etchepare), 75 plazas en salas cerradas 10, 11 y 16, más 12 camas en SAI PPL, ex Cárcel Central. En total, a la fecha, hay entre 350 y 365 personas hospitalizadas bajo responsabilidad asistencial del HV. Durante el 2017 se registraron 1483 ingresos en el HV, sin contar las que fueron hospitalizados en el Sanatorio Etchepare.\*

En marzo de 2018 se realizó un relevamiento de la población hospitalizada en HV evaluando nivel de dependencia, situación judicial, tiempo de estadía y presencia de familia.

Se relevaron 123 personas hospitalizadas, el 15 % tenía una estadía inferior a 2 meses, 43 % entre 2 y 6 meses, y el 42 % superaba los 6 meses.

En 205 casos evaluados, el 50 % tiene un nivel de dependencia moderado, 19 % severo y 31 % leve. En este grupo, el 31 % no tiene familia, el 43 % tiene familia con dificultades para apoyar el egreso, y sólo el 25 % fue considerado como con familia continente.

## Ceremos (excolonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi)

Unidad ejecutora creada en 2015, a partir de la fusión de las Colonias Bernardo Etchepare (1912) y Santín Carlos Rossi. Mantiene un funcionamiento asilar, con una dotación de 719 camas de larga estadía y 132 pacientes en alternativas residenciales a través del Programa de Egreso, que permanecen en carácter de hospitalizados.

Entre marzo y abril de 2018 se realizó un relevamiento de todas las personas hospitalizadas en Ceremos, con similares características que el del HV, en el que se evaluó que el 35 % de los pacientes tiene un nivel de dependencia leve, 34 % dependencia moderada y 31 % dependencia severa.

A su vez se identificó para cada usuario su lugar de origen y la persistencia o no de vinculación con el mismo (tabla 7).

\* Fuente: Informe anual 2017 de indicadores asistenciales del Hospital Vilardebó elaborado por el departamento de estadística.

**Tabla 7. Pacientes internados en Ceremos según departamento de origen y existencia o no de arraigo en él**

Depto. de origen	N.º pacientes	% c/arraigo en su lugar de origen	Depto. de origen	N.º pacientes	% c/arraigo en su lugar de origen
Montevideo	364	0,27	Río Negro	16	0,13
Canelones	92	0,48	Paysandú	17	0,35
Maldonado	13	0,38	Flores	3	0,33
Rocha	13	0,46	Florida	22	0,27
Cerro Largo	44	0,48	Durazno	25	0,32
Treinta y Tres	13	0,31	Salto	17	0,24
Lavalleja	15	0,27	Artigas	11	0,45
San José	32	0,56	Tacuaembó	27	0,19
Colonia	43	0,28	Rivera	16	0,13
Soriano	19	0,42	S/D	27	

### Atención en crisis y emergencia

La atención de las situaciones de crisis y emergencia se considera, hasta ahora, una competencia especializada de los psiquiatras. En algunos servicios de emergencia, en los que no hay psiquiatra, el personal de salud general o emergencia atiende las consultas que reciben, pero no está definido explícitamente como una de sus funciones específicas.

La atención de la emergencia por personal especializado en psiquiatría y salud mental en Ceremos y en la región Sur se organiza con psiquiatras de Guardia en servicio, en el HV, en el Hospital Pasteur y en el Hospital Maciel, este último, únicamente con residentes de psiquiatría. En el resto de los departamentos la emergencia es atendida por psiquiatras, en régimen de guardia de retén.

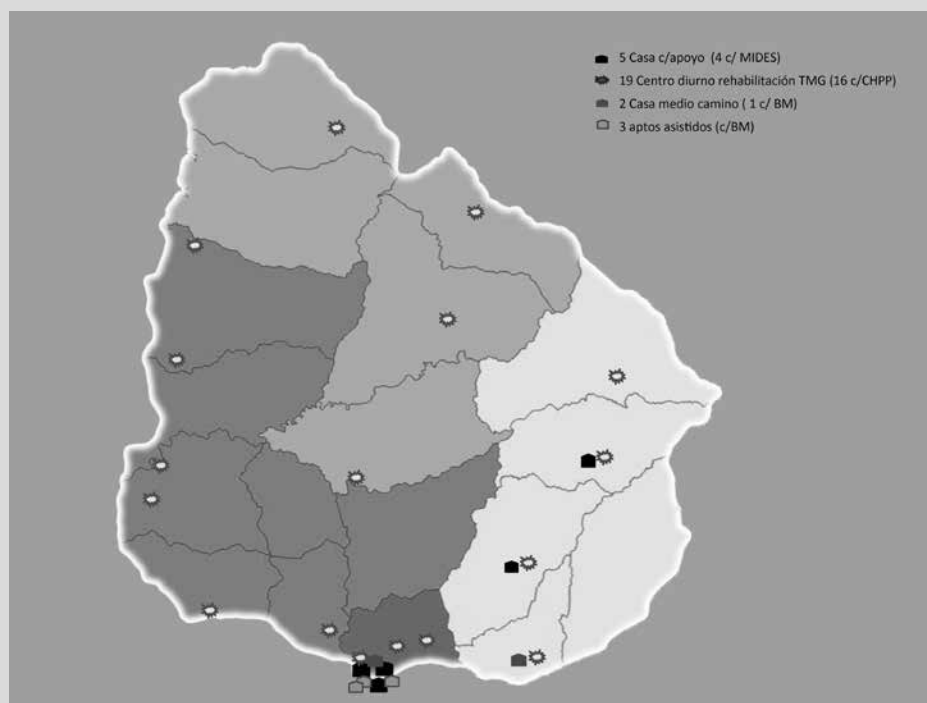
### Rehabilitación psicosocial

Los dispositivos de rehabilitación para usuarios con trastorno mental grave están distribuidos en todo el territorio, con niveles muy diferentes de funcionamiento.

Dentro de estas estructuras se destaca la diversidad de residencias alternativas existentes, que son la base para el proceso de desinstitucionalización. Para su efectividad en relación a la inclusión social, sería necesario aumentar el número de plazas, extender la inserción territorial, y mejorar mucho los procesos de trabajo con los usuarios en las estructuras y en la comunidad.

Se detalla número y ubicación de dispositivos de rehabilitación y residenciales en la figura 1.

Figura 1 | Mapa de distribución de los recursos de rehabilitación y tabla de estructuras residenciales



Departamento	Ciudad	Estructura	Nº	Financiación
Soriano	Mercedes	1 PE	1	ASSE - usuario (BPS)
San José	Ituzaingó	20 PE	48	ASSE - usuario (BPS)
San José	San José	Apto	6	ASSE - CHPP - usuarios
Florida	Florida	1 PE	0	ASSE - usuario (BPS)
Lavalleja	Minas	Rc/A	16	ASSE - MIDES
Montevideo	Montevideo	10 PE	12	ASSE - usuario (BPS)
Montevideo	Montevideo	CMC (BM)	25	ASSE
Montevideo	Montevideo	Rc/A (Chimborazo)	8	ASSE - MIDES
Montevideo	Montevideo	Rc/A (Casavalle)	12	ASSE - MIDES
Montevideo	Montevideo	Apto (BM)	5	ASSE
Montevideo	Montevideo	Apto (BM)	6	ASSE
Montevideo	Montevideo	Apto (BM)	6	ASSE
Montevideo	Montevideo	Pensión (Pg. Arr)	10	CHPP - usuarios
Montevideo	Montevideo	Apto (Prog. Arr)	8	CHPP - usuarios MV
Montevideo	Montevideo	El Trebol	8	ASSE - CHPP - usu
Montevideo	Montevideo	Apto (UCEA)	2	ASSE - usuario (BPS)
Maldonado	San Carlos	CMC	10	ASSE
Canelones	Santa Lucía	26 PE	67	ASSE - usuario (BPS)
Treinta y Tres	Treinta y Tres	Rc/A	9	ASSE - MIDES
			259	

PE: Programa de Egreso de Ceremos (antes nombrado como Asistencia Familiar). Rc/A: Residencia con apoyo (antes nombrada como residencia asistida). CMC: Casa de medio camino, Apto.: Apartamento asistido

\* Se define como estructura al conjunto de dispositivos y recursos humanos y materiales que integran la red de atención de salud mental.

\*\* La *organización* establece la distribución territorial e institucional de los dispositivos, su relación jerárquica y funcional, las formas y herramientas para la articulación de los dispositivos entre sí, con los dispositivos de salud general, entre los dispositivos especializados de todos los niveles y con los recursos intersectoriales.

## Propuesta de desarrollo de la de la Red de SM de ASSE

Con base en la situación actual descrita y con fundamento en el modelo y las disposiciones de la Ley 19.529, se proponen lineamientos para la transformación y desarrollo de la estructura\* y organización\*\* de la Red de Atención de SM de ASSE.

La atención de la salud y la enfermedad mental se debe realizar en todos los niveles de complejidad del sistema de atención, como componente de la atención integral de la salud, en servicios de salud generales y servicios especializados.

Con el objetivo de asegurar un proceso de atención integral y continuo, se propone la organización de la estructura especializada en SM en un sistema de red integrada de dispositivos diversos, articulada a la red territorial

de salud general en los diferentes niveles de complejidad.

La red de dispositivos sanitarios se concibe articulada a otras redes sociales, para avanzar en el diseño de trayectorias de atención intersectorial, que promuevan la inclusión social y garanticen el ejercicio de derechos.

## Organización territorial de dispositivos de SM en ASSE

La distribución actual y la gestión de los equipos y dispositivos de SM de ASSE en todo el territorio son diversas; para la mayoría la dependencia técnica es de la DSMPV y la dependencia administrativa de las UE de cada región. Dependiendo del tipo y ubicación de los dispositivos, tienen mayor o menor autonomía de funcionamiento. En todo el país se observa la necesidad de un mejor nivel de articulación

en la región y en el departamento, que favorezca la definición de procesos asistenciales y poblaciones de referencia; articulación, tanto entre los dispositivos especializados en SM, como de estos con las estructuras de salud general y las unidades ejecutoras.

Con este cometido se propone considerar la posibilidad de crear dos funciones específicas: referente regional de SM y coordinador departamental de psiquiatría y SM.

**Referente Regional de Salud Mental.**

Profesional de salud mental con asignación de tareas de gestión vinculadas a las direcciones regionales y de Salud Mental, con dependencia funcional de la Dirección de la Región, coordinando con la Dirección de Salud Mental. Dicha función abarca la gestión de recursos humanos, articulación entre dispositivos generales y especializados, actualización y facilitación de la circulación de información, organización de actividades de capacitación y otras actividades en territorio que comprometan a las dos direcciones.

**Coordinador departamental de Salud Mental.** Psiquiatra con dependencia funcional de la DSMPV, residente en el departamento. Será responsable de la comunicación con la

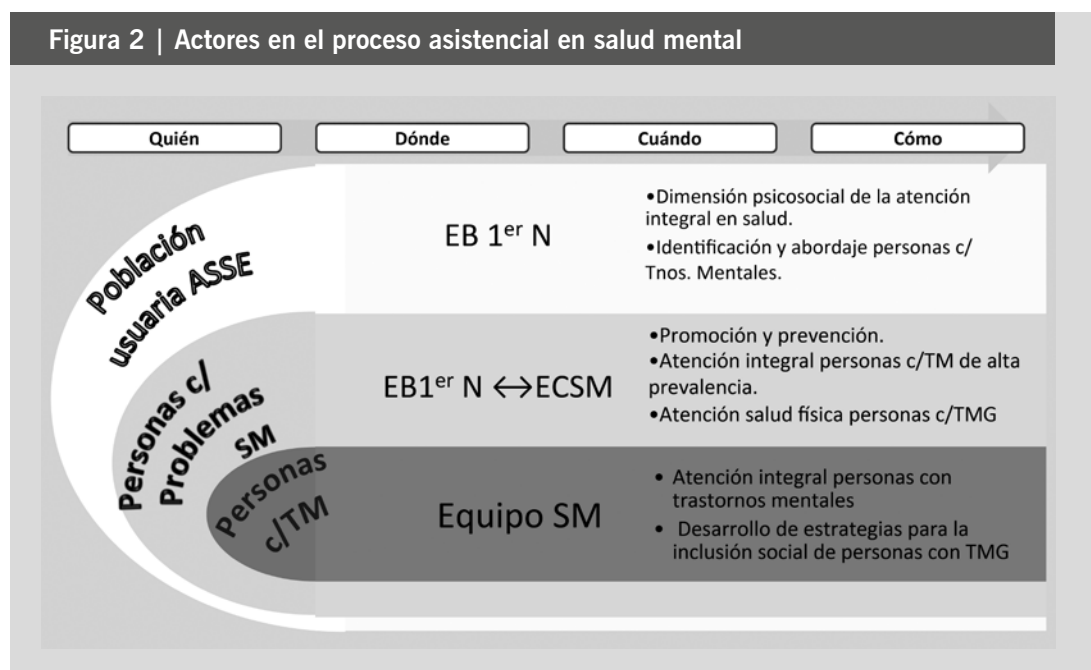
DSMPV, con el referente regional de SM y con las autoridades departamentales de ASSE. Realizará tareas asistenciales y de gestión, para asegurar la continuidad del proceso asistencial de los problemas de SM y de los trastornos mentales de la población usuaria de ASSE en el departamento.

Proceso de transformación

Reorganización y reorientación de los servicios hacia un modelo de Salud Mental comunitaria, sustentado en un paradigma de recuperación.

Sistema integrado de oferta de servicios complementarios dirigido a abordar de manera completa las necesidades de las poblaciones en los diferentes momentos del proceso, transitando desde una perspectiva institucional a una perspectiva comunitaria.

Tomando como eje a la persona atendida en los diferentes momentos de su relación con el sistema de salud, podemos plantear que la población usuaria puede transcurrir por al menos tres situaciones que requieren ámbitos y etapas de atención específicas (figura 2).



Para toda la población usuaria de ASSE. Promoción y prevención de la SM; atención ambulatoria de la salud con un enfoque integral, que incluye la dimensión psicosocial.

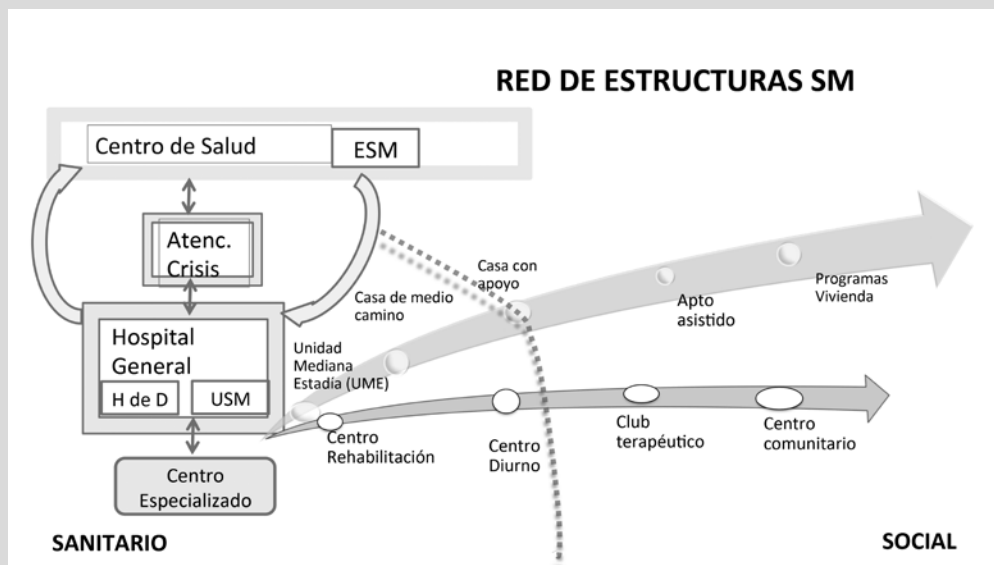
Población con problemas de SM y trastornos mentales de alta prevalencia: atención ambulatoria en el primer nivel; atención en crisis; atención ambulatoria especializada con espacios y pautas claras de cooperación entre el primer nivel de salud general y el nivel especializado en SM.

Población con trastornos mentales: atención ambulatoria especializada; atención en

crisis; hospitalización por causa psiquiátrica; rehabilitación e inclusión social.

Para asegurar que las estructuras de atención operen en un sentido de calidad y de inclusión social en un marco de derechos humanos, es imprescindible que la red de SM esté integrada por dispositivos sanitarios diversos, adecuados a las necesidades de la población en todas las etapas a lo largo de la vida. También debe considerar la realidad local, posibilitando la construcción de una trayectoria desde la atención de la salud hacia la inclusión social (figura 3).

Figura 3 | Red de estructuras de SM: desde lo sanitario a lo social



### Aportes para estimar el número y distribución de los dispositivos

Se estimó el número de plazas necesarias en cada tipo de estructura por departamento, en base al número de usuarios de ASSE,

el estimativo de usuarios potenciales de las estructuras de acuerdo a las cifras de la región, y a las orientaciones de las normativas que regularon la reforma de la atención en Andalucía y Chile (tabla 8).



**Tabla 8 | Estimación de plazas necesarias por tipo de estructura para atender la SM de la población usuaria de ASSE**

Departamento	Usuarios de ASSE	Usuarios 19 años y más	Hospital de Día	UCE	UME	Centro Rehab.	UH Patología dual	UA Patología dual	Altern. residenciales
TOTAL PAÍS	1.235.098	860.574	86	172	69	258	52	43	430
MONTEVIDEO	312.818	221.922	22	44	18	67	13	11	111
ARTIGAS	52.588	34.614	3	7	3	10	2	2	17
CANELONES	165.864	115.714	12	23	9	35	7	6	58
CERRO LARGO	49.068	34.998	3	7	3	10	2	2	17
COLONIA	49.186	35.902	4	7	3	11	2	2	18
DURAZNO	28.064	19.207	2	4	2	6	1	1	10
FLORES	13.312	9.231	1	2	1	3	1	0	5
FLORIDA	33.360	23.565	2	5	2	7	1	1	12
LAVALLEJA	27.002	19.178	2	4	2	6	1	1	10
MALDONADO	57.848	41.026	4	8	3	12	2	2	21
PAYSANDÚ	60.790	40.239	4	8	3	12	2	2	20
RÍO NEGRO	37.044	24.845	2	5	2	7	1	1	12
RIVERA	59.782	41.329	4	8	3	12	2	2	21
ROCHA	36.577	26.001	3	5	2	8	2	1	13
SALTO	70.595	44.672	4	9	4	13	3	2	22
SAN JOSÉ	40.370	28.472	3	6	2	9	2	1	14
SORIANO	39.456	28.000	3	6	2	8	2	1	14
TACUAREMBÓ	59.259	40.179	4	8	3	12	2	2	20
TREINTA Y TRES	26.387	18.331	2	4	1	5	1	1	9

Nota. UCE: Unidad de corta estadía. UME: Unidad de mediana estadía. UH: Unidad de hospitalización. UA: Unidad de atención ambulatoria.

El tamaño de los dispositivos en cuanto a número de plazas debe contemplar los objetivos de la estructura y la planificación de recursos que optimice su funcionamiento. A modo de ejemplo una casa de medio camino requiere una dotación de personal mínima que asegure el funcionamiento las 24 horas. El número de personas pasibles de ser integradas a esa estructura con personal básico podría ir de un mínimo de 10 personas a 18 o 20 residentes. De la observación de la estimación presentada en la tabla es posible plantear que las características sociodemográficas del Uruguay exigirían planificar a nivel de los departamentos de menor densidad de población estructuras y/o estrategias diferentes que en los de alta concentración. A modo de ejemplo se plantea la posibilidad

de complementación público privado para la generación de dispositivos que atiendan todo la población del departamento o de estructuras polivalentes por ejemplo integración de hospital de día a la unidad hospitalaria, estructuras que combinen programas de medio camino con residencia con apoyos o similares.

## Glosario

A continuación, se describe muy brevemente la diversidad de dispositivos necesarios, indicando con cuáles se cuenta hoy en la red de ASSE (se registra como (SI)). El número y distribución territorial de los dispositivos fueron mencionados al describir la red de estructuras en cada región.

Este glosario es provisorio y definido con fines operativos, los dispositivos se adaptarán a las disposiciones de la reglamentación de la ley de Salud Mental N.º 19.529.

### 1. Servicios de atención ambulatoria de salud mental

- 1.1. Centro de Salud Mental Comunitario - Dispositivo especializado en SM con planta física independiente, en el que un equipo multidisciplinario, especializado en SM, brinda atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial. En el centro se desarrollan diferentes tipos de abordaje, que pueden incluir estrategias y programas de rehabilitación, psicoterapia, programas de promoción y prevención. (SI)
- 1.2. Policlínica de SM hospitalaria. En este caso la consulta y seguimiento por un equipo de SM y/o por profesionales de SM, se realiza en el hospital. Lo más frecuente es que incluya atención psiquiátrica de adultos y seguimiento por enfermería; también puede incluir consulta y seguimiento con trabajador/a social, atención psiquiátrica a niños, niñas y adolescentes, consulta psicológica, abordaje psicoterapéutico. El equipo multidisciplinario especializado en SM, que brinda atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial, puede incluir programas diversos (SI) Es el caso de Paysandú, Treinta y Tres, Rocha, San Carlos, Tacuarembó, Mercedes, Río Negro, Florida, Durazno, Flores, Lavalleja, departamentos en los que el equipo funciona en el hospital.
- 1.3. Policlínica de SM en centro del primer nivel: En los centros de salud de primer nivel se realizan consultas y seguimiento de nivel especializado en SM; en algunos casos, el equipo de SM está funcionando en el centro de salud y en otros, hay profesionales de SM que realizan la atención sin integrar un equipo. Puede incluir atención psiquiátrica de adultos, niños, niñas y adolescentes, consulta psicológica, abordaje psicoterapéutico, consulta con trabajador/a social, seguimiento por enfermería. El Equipo de Salud Mental en Centro de Primer Nivel, equipo multidisciplinario especializado en SM, que brinda atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial, puede incluir programas diversos. (SI)
- 1.4. Profesionales de SM en equipos generales de salud. (SI):
  - 1.4.1. Primer nivel
  - 1.4.2. Segundo nivel
  - 1.4.3. Tercer nivel

### 2. Atención de emergencia y urgencia por causas psiquiátricas

- 2.1. Atención de la emergencia por personal general o especializado en emergencia. Atención de la emergencia por personal especializado en psiquiatría y salud mental. (SI)
  - 2.1.1. Guardia en servicio
  - 2.1.2. Guardia de retén
- 2.2. Atención de emergencia en domicilio.
  - 2.2.1. Por personal de medicina general o emergencia. (SI)
  - 2.2.2. Por personal especializado en psiquiatría

### 3. Unidades de hospitalización psiquiátrica

- 1.1. Unidad de corta estadía. Unidad de hospitalización especializada, para la atención intensiva de personas con trastornos mentales durante el periodo de agudeza de

la sintomatología psiquiátrica, con estadías inferiores a los dos meses. Ubicada en hospital general o en centros especializados. (SI)

- 1.2. Unidad de mediana estadía. Unidad de hospitalización especializada para la atención de personas con trastornos mentales graves, cuya remisión de sintomatología y posibilidad de reintegro al medio habitual de convivencia o a dispositivos sociosanitarios o sociales no es posible en un período de 2 meses, y permanece hospitalizada hasta 6 meses. Ubicada en hospital general o centros especializados. (SI)
- 1.3. Unidad de larga estadía. Dispositivo de hospitalización a tiempo pleno, que cubre las necesidades asistenciales y de residencia, usualmente para personas sin red de sostén sociofamiliar, en el cual las personas permanecen más allá del período agudo, en general por tener falta de autonomía vinculada a una discapacidad psíquica severa. (SI) Estos dispositivos que existen actualmente en el proceso de transformación dispuesto por la ley de Salud Mental 19.529 la larga estadía en dispositivos sanitarios puede realizarse exclusivamente con criterio terapéutico y en ningún caso será prolongada por razones sociales (artículo 24). Estos casos deben ser incluidos en Programas residenciales sociales. En los casos de larga estadía se debe asegurar que las prácticas no reproduzcan lógicas asilares (artículo 37).
- 1.4. Hospital de día. Dispositivo o unidad clínica psiquiátrica, especializada, que forma parte de la Red Territorial de Servicios en Salud Mental y es una alternativa a la hospitalización a tiempo completo. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos psiquiátricos severos que están en el período de agudización de su sintomatología o que se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una atención ambulatoria. (NO)
- 1.5. Hospitalización domiciliaria. Programa de atención en domicilio, llevado a cabo por un equipo especializado, para persona con trastorno mental en un período de agudeza, hasta la estabilización y articulación con el dispositivo de atención ambulatoria correspondiente. (SI)

#### **4. Estructuras de rehabilitación psicosocial del ámbito sanitario**

- 4.1. Centro de rehabilitación psicosocial intrahospitalario. (SI)
- 4.2. Centro de rehabilitación psicosocial extrahospitalario. (SI)
- 4.3. Casa de medio camino: Estructura sanitaria residencial de rehabilitación, con equipo técnico las 24 horas, de mediana estadía (6 meses a 2 años), para personas con trastorno mental grave con dificultades para el reintegro a vivir en vivienda en la comunidad. Usualmente para personas en el período postcrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas. (SI)

#### **5. Red de estructuras de apoyo para la inclusión socio-ocupacional**

- 5.1. Residencias asistidas. Estructura sociosanitaria residencial de rehabilitación, con supervisión las 24 horas, de mediana estadía, para personas con trastornos mentales graves, con un nivel de autonomía que en ese momento no permite la vida en una vivienda autónoma. (SI)
- 5.2. Hogares protegidos. Estructuras residenciales sociosanitarias, con supervisión las 24 horas, de mediana a larga estadía, para personas con trastornos mentales graves, con nivel de autonomía que requiere supervisión moderada para la organización de la vida cotidiana. (SI)
- 5.3. Viviendas supervisadas. Estructuras residenciales sociales ubicadas en la comunidad, para grupos pequeños de personas, con apoyo técnico no residente. (SI)
- 5.4. Programas de vivienda
- 5.5. Centro de rehabilitación laboral. (NO)
- 5.6. Dispositivos para la inclusión educativa. (SI)

## Referencias bibliográficas

1. Ley 19.529 Salud Mental. Uruguay; 2017. Disponible en: <<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19529>>.
2. **Murguía D, Soiza Larrosa A.** Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 1987; 52(52):169-79.
3. **Álvarez Paseyro M.** Psiquiatría en la República Oriental del Uruguay. *Síntesis de su desarrollo histórico en el interior*. Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Montevideo, Uruguay; 2011.
4. **Postel J, Quétel C (coords.)**. Historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
5. **Goffman E.** Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 7.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2001. Disponible en: <[sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf](http://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf)>.
6. **Garrido G (comp.)**. Equipos Comunitarios de Salud Mental: un modelo en movimiento. Montevideo: Gega; 2004. 160pp.
7. **Montalbán A.** Retomando el debate sobre la organización de la atención psiquiátrica y salud mental en Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 2013; 77(1):53-8. Disponible en: <[www.spu.org.uy/revista/jul2013/05\\_Conferencia\\_02.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/05_Conferencia_02.pdf)>.
8. **Thornicroft G, Deb T, Henderson C.** Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 2016; 15(3):276-86. DOI: 10.1002/wps.20349
9. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental. 1986. Disponible en: <[msp.gub.uy/sites/default/files/Plan Nacional de Salud Mental 1986.pdf](http://msp.gub.uy/sites/default/files/Plan_Nacional_de_Salud_Mental_1986.pdf)>.
10. **Minoletti A.** Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. *Rev Psiquiatr Urug* 2013; 77(1):32-45. Disponible en: <[http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/04\\_Conferencia\\_01.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/04_Conferencia_01.pdf)>.
11. **González P, Tenenbaum H, Dogmanas D, Piñeyro AL, García JL, Martínez F, et al.** Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015. «Un compromiso con la vida.» Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2010. 33pp. Disponible en: <[mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan\\_nacional\\_de\\_prevenccion\\_del\\_suicidio.pdf](http://mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevenccion_del_suicidio.pdf)>.
12. Ministerio de Salud Pública. Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo; 2011. 35pp. Disponible en: <[msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf](http://msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf)>.
13. Ministerio de Salud. Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. 2016. Disponible en: <[msp.gub.uy/sites/default/files/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf](http://msp.gub.uy/sites/default/files/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf)>.
14. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Informe sobre salud de adolescentes usuarios de ASSE. Montevideo, Uruguay; 2016.
15. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Protocolo. Prevención y Atención en la Adolescencia: Intento de Auto-Eliminación. 2017. Disponible en: <[www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-de-Autoeliminacion-en-Adolescentes-9678](http://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-de-Autoeliminacion-en-Adolescentes-9678)>.
16. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Protocolo. Prevención y Atención Integral del Embarazo en la Adolescencia. 2017. 52pp. Disponible en: <[www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Embarazo-Adolescente-9671](http://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Embarazo-Adolescente-9671)>.
17. **Hein P, Novoa G.** Proceso de sistematización de las prestaciones en salud mental. Informe marzo 2012. Identidad y convivencia. Intercambio de experiencias en salud mental. Montevideo: Psicolibros Universitario; 2013. pp. 23-34.
18. **Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA.** Defining and counting the chronically

- mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1981; 32(1):21-7.
- 19. Romano S, Novoa G, Gopar M, Cocco AM, De León B, Ureta C, et al.** El trabajo en Equipo: una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Rev. Psiquiat Urug* 2007; 71(2):135-152. Disponible en: <spu.org.uy/revista/dic2007/06\_asm.pdf>.
- 20. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ed.).** Identidad y convivencia. Intercambio de experiencias en salud mental. Montevideo: Psicolibros Universitario; 2013. 192pp.
- 21. Nin M, Regina R, Porciúncula H.** Implementación y desarrollo del Programa de Salud Mental en el ámbito del MSP. En: Garrido G (comp.). *Equipos Comunitarios de Salud Mental: un modelo en movimiento*. Montevideo: Gega; 2004, pp. 11-22.
- 22. Casarotti H.** Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 2007; 71(2):153-63. Disponible en: <spu.org.uy/revista/dic2007/07\_asm.pdf>.