Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE

Diagnóstico de situación en Abril/ 2018

Equipo Básico de la DSM y PV para elaborar el Plan Estratégico de implementación de la Ley Nº 19529 en ASSE:

Lic. Psicología Maria Gabriela Novoa (Responsable de capacitación e investigación)
Dra. Gabriela López Mesa (Referente modelo de atención SM y rehabilitación)
Dra. María Celia Barrios (Psiquiatra Hospital Vilardebó - Referente modelo de atención SM)
Dra. Magdalena García Trovero (Psiquiatra pediátrica Adjunta DSM y PV)
Soc. Martín García Rampa (Relevamiento y procesamiento información cuantitativa)
Dr. Juan Triaca (Psiquiatra Adjunto DSM y PV)

Representantes otras instituciones:

Dra. María Fernanda Porteiro (Área Programática de Salud Mental - Ministerio de Salud)
Prof. Dra. Sandra Romano Fuzul (Facultad de Medicina - UdelaR - Directora Clínica Psiquiátrica)

Redacción del documento:

Prof. Dra. Sandra Romano Fuzul

Introducción

La entrada en vigencia de la ley 19.529 establece un nuevo contexto normativo que impulsa un proceso de transformación de la atención de la salud mental 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 salud mental comunitaria, lo cual requiere cambios en la estructura y organización del sistema, en las prestaciones accesibles a la población y en las prácticas asistenciales de los profesionales.

La Administración de 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 Salud Mental (SM).

La descripción y análisis de la situación actual es un insumo imprescindible para la planificación de la implementación de la ley. Este documento sintetiza la situación actual de la atención de la salud mental en ASSE.

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

Se incluye en Anexo un Glosario que define y describe brevemente los dispositivos mencionados al referir la red de estructuras.

Principales hechos relacionados con la atención de la SM en Uruguay

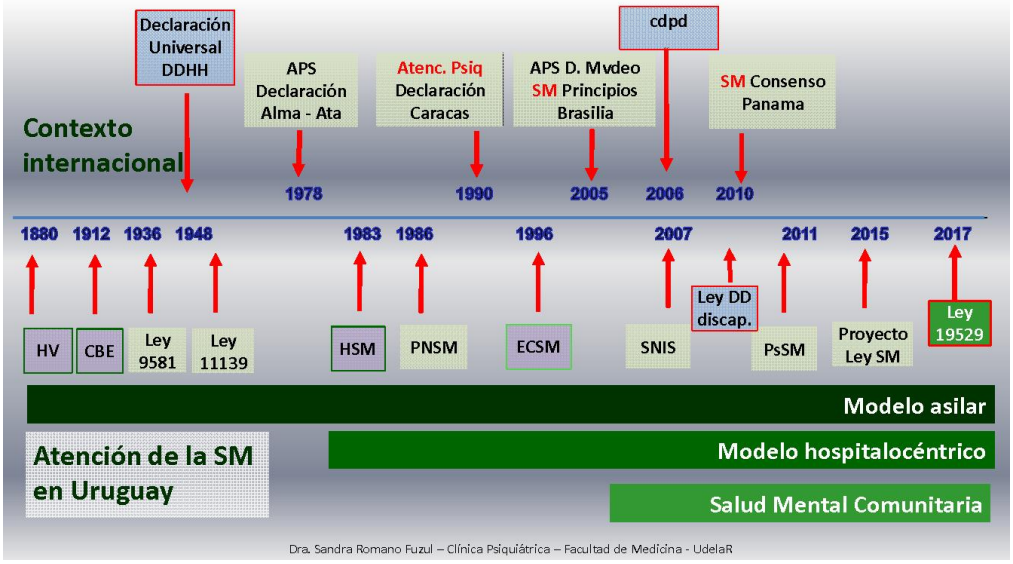
El inicio de la atención psiquiátrica[1] en Uruguay puede ubicarse a finales del siglo XIX con la creación de la primera estructura especializada; en 1880 se inaugura el Manicomio Nacional, hoy Hospital Vilardebó[2] (HV), que sustituye al Asilo de Dementes previamente existente en ese predio. Son de destacar, como antecedente, las casas anexas al Hospital de Caridad en Montevideo, a partir de 1817 (Murguía & Soiza Larrosa, 1987), y las dos salas de dementes del Hospital Pinilla en Paysandú, desde 1882 (Álvarez Paseyro, 2011).

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

[1] 1788 - 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. (Murguía & Soiza Larrosa, 1987)

[2] Sustituye al Asilo de Dementes previamente existente en ese predio, con una institución organizada con un enfoque sanitario en un edificio construido especialmente para ese fin.

Ilustración 1 Principales eventos vinculados a la atención psiquiátrica en Uruguay



APS: Atención Primaria de salud - **cdpd**: Convención por 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**: Reforma de la Salud y creación del Sistema Nacional integrado de 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, Modelo hospitalocéntrico, Modelo de Salud Mental Comunitaria.

La coexistencia de varios modelos de atención en ASSE implica una distribución de recursos humanos (RRHH) y materiales inequitativa y de baja eficiencia. Sesenta por ciento de los RRHH de SM trabajan en las estructuras que funcionan con un modelo asilar u hospitalocéntrico, y solo el 30 % en los dispositivos en los que está en desarrollo el modelo comunitario.

La organización administrativa y de la gestión, no permite identificar la asignación de recursos para funcionamiento de los dispositivos de SM en territorio.

Los únicos dispositivos especializados en SM que son identificados en la organización administrativa de ASSE son las Unidades Ejecutoras (UE) 103 (CEREMOS) y 007 (Hospital Vilardebó) y 078 (Centro Nacional de Información y Referencia de Red de Drogas Portal Amarillo). Los equipos comunitarios de salud mental, los centros de rehabilitación psicosocial, las casas de medio camino[3], no figuran en la estructura de ASSE; dependen de diversas UE hospitalarias y de primer nivel sin que la relación, los mecanismos de articulación y la asignación de recursos esté definida por una política de Salud Mental orientadora. Si bien está definido que la orientación técnica de estos dispositivos la ejerce la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (DSM y PV), ésta 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 (MSP, 1986) se concibió desde un modelo de salud mental comunitaria y sus lineamientos tienen fuertes coincidencias con las disposiciones de la ley 19.529. Ese plan fue parcialmente instrumentado, y casi en forma exclusiva en ASSE, con la

[3] Ver definiciones de las estructuras en el Glosario anexo.

extensión de las unidades de hospitalización en hospitales generales y con el establecimiento de una red de equipos especializados en de Salud Mental a partir de 1996, en parte con la redistribución de los recursos humanos al cierre del Hospital Musto.

La red de estructuras responsable de la atención de la salud mental de la población incluye estructuras de salud general y estructuras especializadas en salud mental. Para identificar las necesidades de la población en temas de salud mental 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.

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

Capacidad instalada en ASSE para la atención de 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, tipo 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 salud mental a las acciones de prevención y promoción de salud. Muchos de los integrantes de los equipos básicos (EB) han recibido capacitación en temas de SM y cuentan con el apoyo de programas para algunas problemáticas de alta prevalencia, y recursos humanos con formación en salud mental para apoyar el desarrollo de las estrategias y programas.

Recursos profesionales de SM en EB de Primer nivel de atención

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 DSM y PV 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.

Agente Socioeducativo referentes de la salud integral de adolescentes del Primer Nivel de Atención. Existen 21 cargos de Lic. en Psicologìa cumpliendo dicha función. Estàn distribuidos de la siguiente manera: 1 en R.Norte, 3 en R. Este, 2 en R. Oeste y 15 en R.Sur. En general no hay una coordinación sistemática con la DSM y PV 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 SM 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 más altas de suicidio 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 2016, los suicidios totales en Uruguay fueron 709, lo que representa una tasa de 20,37 cada 100.000 habitantes (Informe del Área Programática para la Atención en Salud Mental (APASM), 2017).

En el 2011 la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables 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 de esta manera dar respuesta e implementar en la Red de ASSE, los lineamientos estratégicos propuestos por el Plan Nacional sobre Prevención del Suicidio 2011-2015 del Ministerio de Salud del Uruguay (actualmente en revisión), así como también por el Plan de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, aprobados por el Decreto del Poder Ejecutivo No. 305/011, en Agosto de 2011, e incluido en el catálogo de prestaciones definidos por el Ministerio de Salud Pública.

El Equipo de Trabajo tiene bajo su responsabilidad, en coordinación con los 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 en Intentos de Autoeliminación (IAE) a nivel país**; la mayoría integran los Equipos de Salud Mental y coordinan con los Equipos Básicos del Primer Nivel de Atención y los servicios de Emergencias respectivos. Se distribuyen de la siguiente manera: 34 en Montevideo y Red Metropolitana y 50 en los departamentos del Interior; en localidades de cuatro Departamentos: Artigas (Bella Unión), Salto, Maldonado (Piriápolis y Pan de Azúcar) y Soriano (Cardona). Hay 11 referentes en IAE que integran los EB y no forman parte de los ESM. El resto, forma parte de los Equipos de Salud Mental y se distribuye de la siguiente manera: 28 en Región Sur, 10 en Región Norte, 13 en Región Este, 16 en Región Oeste. Hay 6 Referentes pertenecientes a los Equipos de salud de las Instituciones Monovalentes (H.Vilardebó, CEREMOS, SAI PPL y Portal Amarillo).

Las funciones del Referente en IAE y Suicidio 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 en IAE 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 de supervisión técnica de los Equipos de Salud Mental para el abordaje de las personas que consultan por IAE, así como también para promover y fortalecer el desarrollo de estrategias singulares para abordar las situaciones de riesgo suicida en cada Departamento.

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% corresponden a adolescentes que consultaron por problemas psicológicos. En el mismo periodo 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. (ASSE, 2016 - Informe sobre salud de adolescentes usuarios de ASSE).

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

ASSE, 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 DSM y PV, 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 y Embarazo - 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 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, y se cuenta con recursos terapéuticos específicos.

Capacitación sobre temas de SM a Personal del Primer nivel de atención.

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 equipos de SM. Coorganizado entre Capacitación de ASSE, la DSM y PV

y la Facultad de Medicina, acreditado con 53 créditos por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

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 Salud Mental; hubo 120 participantes.

Prestaciones de SM 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.

Vademécum

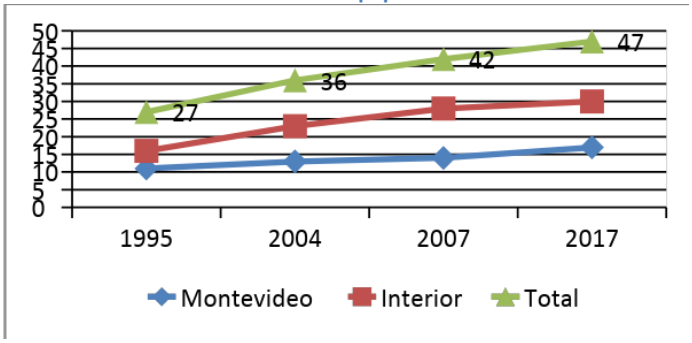
El vademécum para el primer nivel de atención incluye psicofármacos. La posibilidad de prescripción de los mismos está regulada de forma que no se superpongan con la prescripción del psiquiatra. Este es un aspecto a considerar en la definición de los procesos asistenciales.

Atención ambulatoria especializada en Salud Mental

Vinculado al primer nivel de atención, con diferentes niveles de integración y articulación, funcionan los equipos de salud mental, 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, Lic. Psicología, Auxiliar de enfermería, Lic. en Trabajo social y personal administrativo; en algunos equipos hay Lic. 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 psicosocial para personas con Trastornos Mental Grave (TMG).

Gráfico 1 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.

El número de profesionales fue aumentando en Montevideo y en el Interior, 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 1 Evolución del número de recursos humanos en los Equipos especializados en SM por disciplina[4]

RRHH 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: DSM y PV de ASSE y Datos 1995[5]

A nivel de los dispositivos territoriales de atención ambulatoria en 2017 se registraron un total de 285.022 consultas, distribuidas según muestra la Tabla 2:

Tabla 3 Cantidad de Consultas en ESM por profesión

Cantidad de Consultas (2017)	TOTAL
Psiquiatra adultos	**147.727**
Psiquiatra pediátrico	**38.516**
Lic en Psicología	**73.091**
Lic. en Trabajo social	**25.687**
TOTAL	**285.022**

Distribución de Recursos humanos especializados en SM

El relevamiento de los RRHH que trabajan en dispositivos especializados en SM evidenció la concentración de personal en las unidades ejecutoras; ya se mencionó anteriormente que solo el 30% de los recursos trabaja en los ESM de territorio. La Tabla 4 muestra también que la composición es diferente entre los ESM y las UE.

Los profesionales y técnicos de salud mental están en mayor número en los equipos especializados, salvo el personal de enfermería, que se concentra en las estructuras hospitalarias. El personal vinculado a servicios de alimentación, mantenimiento, administración y cuidados se concentra casi exclusivamente en las UE.

[4] Según la Encuesta del Interior, realizada por el Dr. Álvarez Paseyro en 1989 en los 18 departamentos, se constata que en el interior 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 sólo una Nurse contratada en Melo y 9 enfermeras y 9 auxiliares de servicio casi todos contratados en Paysandú.

[5] Nin M., Regina E., Porciúncula H., *Implementación y desarrollo del Programa de Salud Mental en el ámbito del MSP* en Equipos Comunitarios de Salud Mental: Un modelo en movimiento Compiladora: Garrido G, Gega SRl, 2004 pp 11 - 22

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 [1]			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 [2]	59		20	9	13	101
Aux. Enfermería, cuidadores, vacunadora	150	19	272	67	261	769
Técnicos que trabajan en rehabilitación [3]	59		4	11	1	75
Otros técnicos [4]			17	7	26	50
Cargos de Dirección [5]			14	1	10	25
Personal administrativo [6]	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	54		2			56
Suplentes			20			20
TOTAL	**861**	**57**	**814**	**231**	**897**	**2860**

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

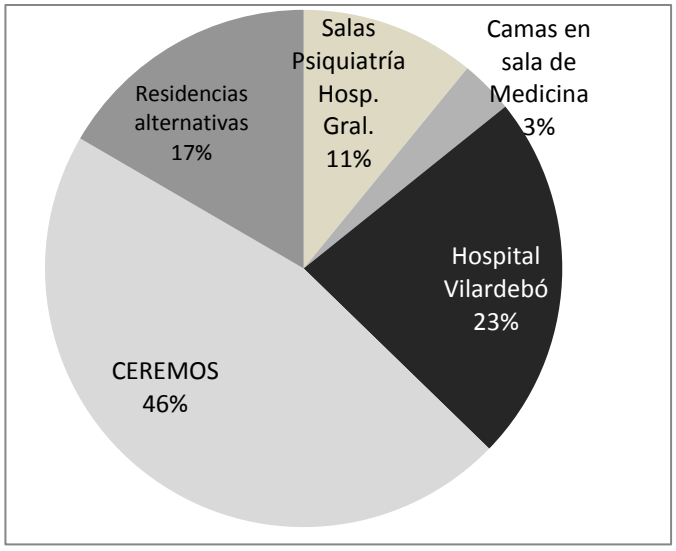
NOTA: Datos a mayo-junio de 2017, aportados por las oficinas de RRHH de las UE y los responsables de los ESM de todo el país

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 el Hospital Vilardebó. La creación de estructuras residenciales con apoyo para sustituir a las camas de larga estadía se inició hace varios años[6], pero su desarrollo es muy lento y las plazas son aún muy insuficientes.

[6] El Programa de Egreso de la Colonia Etchepare (antes llamado de Asistencia Familiar) fue generando estructuras alternativas en Santa Lucía

Gráfico 2 Porcentaje de distribución de plazas de hospitalización y residencias psiquiátricas para usuarios de ASSE



Sala de Psiquiatría en Hospital General

En 1966[7] se crea la primera sala de psiquiatría en un hospital general, en el Hospital de Paysandú[8]; en la década del 80 y 90 se instalaron salas de hospitalización psiquiátrica en la mayoría de departamentos del interior del país .

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 los demás departamentos funcionan salas especializadas en salud mental con un 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 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
	TACUAREMBO	0	2
	RIVERA	16	0
	SUB TOTAL	54	**2**
REGIÓN	CERRO LARGO	12	0

[7] 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.

[8] En Paysandú antes 1882, funcionó una Sala de Dementes en el Hospital Pinilla, 1er. Hospital del Interior y el 2º del País, después del H. Maciel en la calidad inicial de Hospitales de Caridad.

ESTE	TREINTA Y TRES	16	0
	LAVALLEJA	11	0
	*MALDONADO	0	6
	ROCHA	20	0
	SUB TOTAL	59	6
REGIÓN OESTE	PAYSANDÚ	21	0
	Colonia, Juan Lacaze	0	2
	Colonia, Carmelo	0	2
	Colonia, Nueva Helvecia	0	3
	*SORIANO	0	6
	RIO NEGRO	11	0
	SAN JOSÉ	0	4
	FLORES	0	2
	FLORIDA	8	0
	SUB TOTAL	40	19
REGIÓN SUR	HOSPITAL MACIEL	8	0
	HOSPITAL PASTEUR	9	0
	C. H. PEREIRA ROSSELL (Pediátrico)	0	25
	SUB TOTAL	17	**25**
	TOTAL GENERAL	**170**	52

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.

Nota2: Datos disponibilizados por 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 SM y PV en base a 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. Se inauguró en 1880 como "Manicomio Nacional" y es donde se inicia la psiquiatría nacional como especialidad en el año 1908. (Soiza Larrosa,Murguía (1980), Casarotti, (2007) Continúa como principal estructura para la hospitalización de pacientes judiciales y como referencia para algunos departamentos en los que la lógica asistencial persiste en los modelos asilares y hospitalocéntricos, 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 Sanat. 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 359 personas hospitalizadas bajo responsabilidad asistencial del

HV. Durante el 2017 se registraron 1483 hospitalizaciones, sin contar las realizadas 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

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 con similares características que el del Hospital Vilardebó, en el que se evaluó que el 35% de los pacientes tiene un nivel de dependencia leve, 34% dependencia moderada y 31% dependencia severa.

Tabla 7 Número de pacientes según departamento de origen y existencia o no de arraigo en el mismo

Departamento de origen	N° pacientes	% c/arraigo en su lugar de origen		Departamento de origen	N° 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		Tacuarembó	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.

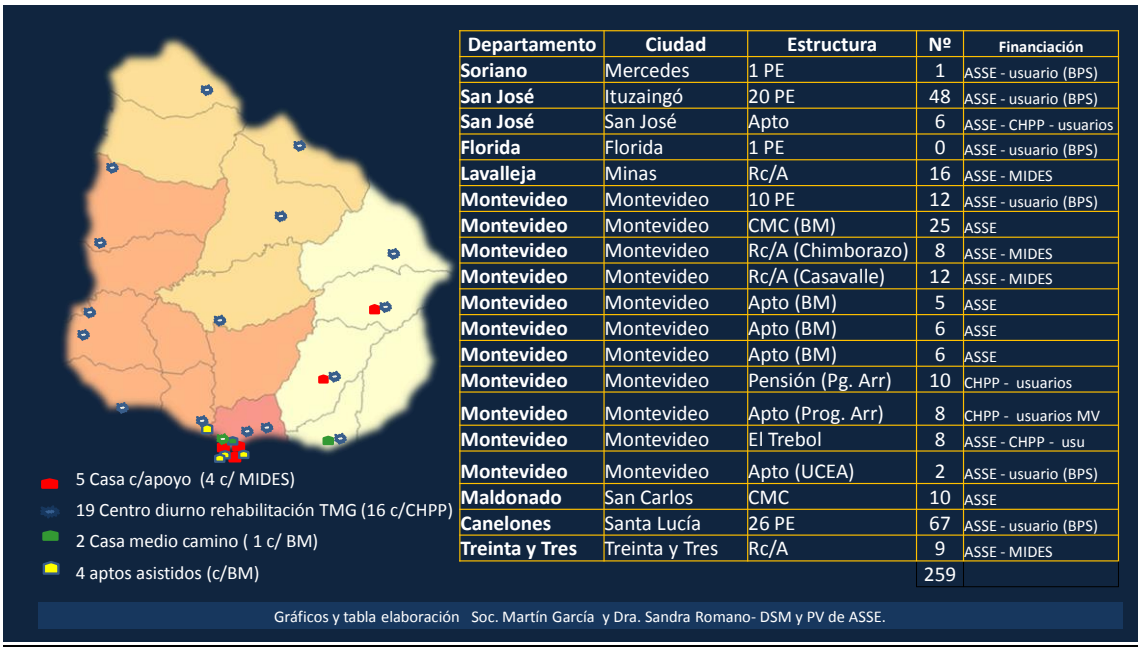
La atención de la emergencia por personal especializado en Psiquiatría y Salud Mental en la Región Sur se organiza con psiquiatras de Guardia en servicio, en el Hospital Vilardebó, en CEREMOS, en el Hospital Pasteur y en el Hospital Maciel; este último, únicamente con residentes de psiquiatría. En el resto de los departamentos la emergencia es atendida por psiquiatras, en régimen de guardia de retén.

Rehabilitación Psicosocial

Los dispositivos de rehabilitación para usuarios de ASSE con trastorno mental grave están distribuidos en todo el territorio, con niveles muy diferentes de funcionamiento. La financiación, administración y dirección técnica varía según el tipo de dispositivo y la forma en que fue creado. En la Ilustración 4 se resume el tipo, número, ubicación territorial y financiación.

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.

Ilustración 4 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	

Gráficos y tabla elaboración Soc. Martín García y Dra. Sandra Romano- DSM y PV de ASSE.

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. **CHPP** Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. **BPS** Banco de Previsión Social. **MIDES** Ministerio de Desarrollo Social.

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[9] y organización[10] 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 las redes interinstitucionales, 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 salud mental en todo el territorio son diversas; para la mayoría la dependencia técnica es de la DSM y PV 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 salud mental, como de éstos 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 salud mental y coordinador departamental de psiquiatría y salud mental.

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, residente en el departamento con dependencia funcional de la DSM y PV. Será responsable de la comunicación con la DSM y PV, con el referente regional de SM y con las autoridades departamentales de ASSE para implementar en el territorio los lineamientos técnicos definidos desde la DSM y PV. Realizará

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

[10] 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.

tareas asistenciales y de gestión, para asegurar el proceso asistencial de los problemas de salud mental 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.

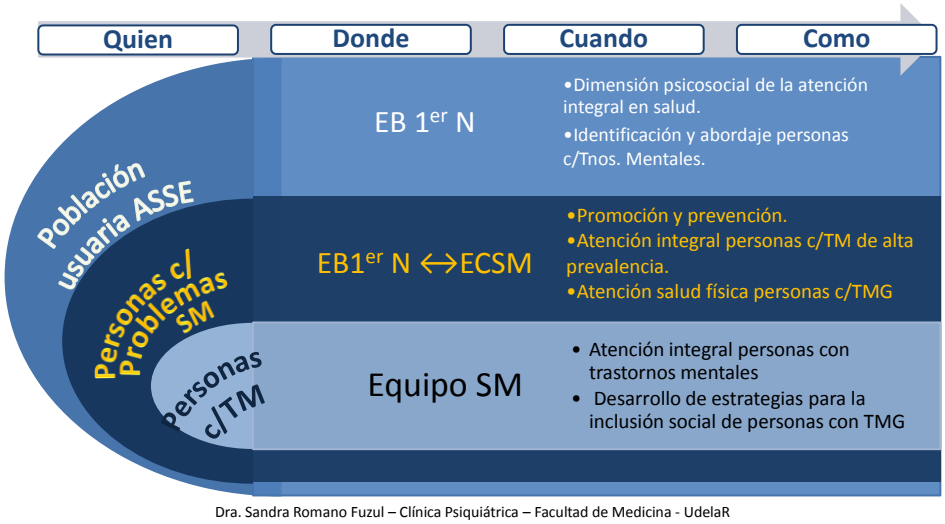
Tomando como eje a la persona atendida en los diferentes momentos de su relación con el sistema de salud, podemos plantear que la población usuaria puede transcurrir por al menos tres situaciones que requieren ámbitos y etapas de atención específicas:

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

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

3. Población con trastornos mentales: atención ambulatoria especializada; atención en crisis; hospitalización por causa psiquiátrica; rehabilitación e inclusión social.

Ilustración 1 Esquema de actores en el proceso asistencial en salud mental

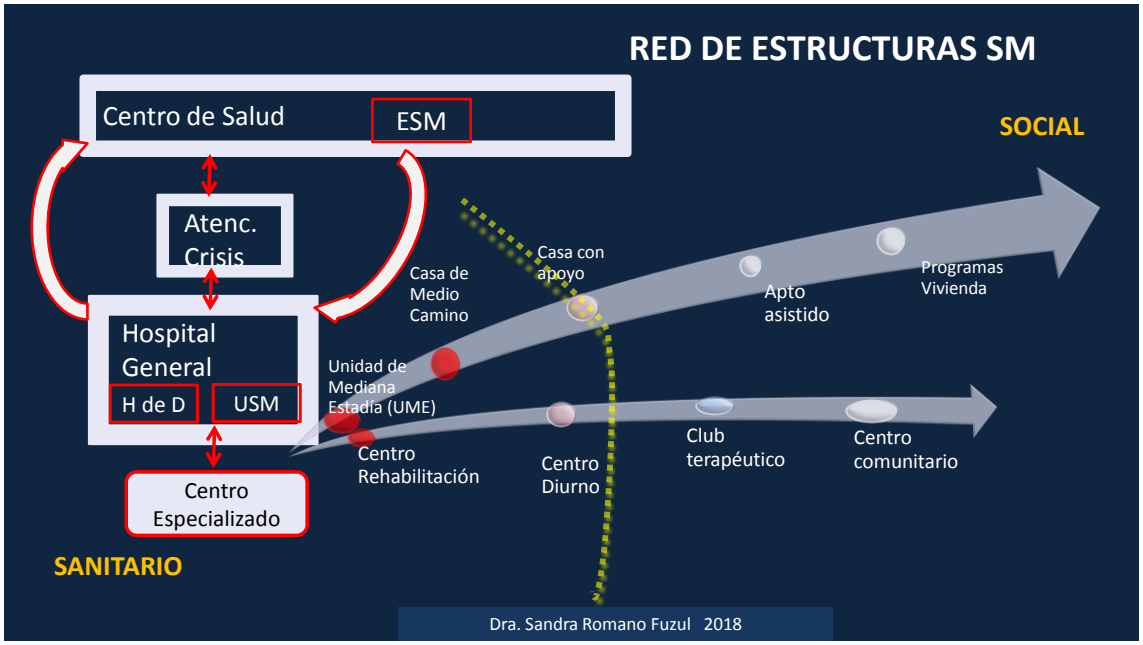


Dra. Sandra Romano Fuzul – Clínica Psiquiátrica – Facultad de Medicina - UdelaR

Para asegurar que las estructuras de atención operen en un sentido de calidad y de inclusión social en un marco de Derechos Humanos (DDHH), 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.

Ilustración 2 Esquema de la 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 Estimación de plazas necesarias por tipo de estructura para atender la SM de la población usuaria de ASSE

Departamento	Usuarios de ASSE	Usuarios 19 a. y más	H de Día	UCE	UME	Centro Rehabi-litación	U H Pat. dual	U A Pat. dual	Altern. residen-ciales
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**

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.

1. **Servicios de atención ambulatoria de salud mental.**
   - 1.1. Centro de Salud Mental Comunitario - Dispositivo especializado en salud mental con planta física independiente, en el que un equipo multidisciplinario, especializado en salud mental, 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 equipo de salud mental y/o por profesionales de salud mental, 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. Equipo multidisciplinario especializado en salud mental, 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, Rio 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 salud mental está funcionando en el centro de salud y en otros, hay profesionales de salud mental 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. Equipo de Salud Mental en Centro de Primer Nivel: Equipo multidisciplinario especializado en salud mental, 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**

2.1. 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)

2.2. 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 periodo de 2 meses, y permanece hospitalizada hasta 6 meses. Ubicada en hospital general o centros especializados. (SI)

2.3. Unidad de larga estadía: Dispositivo de hospitalización a tiempo pleno, cerrado, que cubre las necesidades asistenciales y de residencia, usualmente para personas sin red de sostén sociofamiliar, en la cual las personas permanecen más allá del período agudo, en general por tener falta de autonomía vinculada a una discapacidad psíquica. (SI)

2.4. Hospital de día: Dispositivo o unidad clínica psiquiátrica, especializada, que forma parte de la Red Territorial de Servicios en Salud Mental, funciona 8 a 10 horas diarias y los pacientes retornan a dormir a su domicilio. Es una alternativa a la hospitalización a tiempo completo o una transición entre la hospitalización a tiempo completo y la atención ambulatoria. Se plantea para personas con trastornos mentales severos que requieren hospitalización y su condición y sostén familiar permiten la permanencia nocturna en su domicilio. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades psiquiátricas severas (NO)

2.5. Hospitalización domiciliaria: Equipo especializado vinculado a un dispositivo de atención especializada en psiquiatría y salud mental que realiza la atención en domicilio de la persona 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 de rehabilitación, en la que los usuarios residen de 6 meses a 2 años (mediana estadía), con equipo técnico las 24 horas, 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)

4.4. Centro de rehabilitación laboral. (NO)

4.5. Dispositivos para la inclusión educativa. (SI)

5. Red de estructuras de apoyo para la inclusión residencial autónoma

- 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)
- Hogares protegidos: Estructuras residenciales sociosanitarias, con supervisión las 24 horas, larga estadía, para personas con trastornos mentales graves, con nivel de autonomía que requiere supervisión moderada para la organización de la vida cotidiana. (SI)

- Viviendas supervisadas: Estructuras residenciales, sociales, ubicadas en la comunidad, para grupos pequeños de personas, con apoyo técnico no residente. (SI)
- Programas de vivienda