



Modelo y requisitos mínimos de dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental:

Unidades de Corta Estadía, Casas de Medio Camino y Centros de Rehabilitación Psicosocial

Informe Final

Consultora: A. Sandra Romano Fuzul

Montevideo, diciembre de 2022.

INDICE

1. Introducción	4
2. Modelo de Atención	6
a. La Situación actual: el SNIS y la atención de la SM	7
b. La Red de Salud Mental propuesta en la normativa vigente	9
c. Esquema de la Red de Salud Mental para atención de personas con TMG	11
3. Estructura y organización	12
a. Unidad de hospitalización de Corta Estadía	13
i. Dimensión de las UCE en cada territorio	13
ii. Espacio físico y ambiente terapéutico	17
1. Algunas características consensuadas	18
2. Diferenciación de espacios	19
3. Seguridad	19
iii. Población beneficiaria	20
iv. Recursos Humanos	20
1. Aspectos a definir	22
b. Centro de Rehabilitación	23
i. Dimensión	25
ii. Espacio físico y equipamiento	27
iii. Recursos Humanos	27
c. Casa de Medio Camino	29
i. Espacio físico	29
ii. Población usuaria	30
iii. Recursos humanos	30
Bibliografía nacional	31
Bibliografía internacional	33
4. Anexos	35

a. Listado de visitas a dispositivos y entrevistas realizadas	35
Expertos internacionales entrevistados:	36
b. Proceso de consulta del documento	36

1. Introducción

A partir de la Ley de Salud Mental N° 19.529 de 2017 quedan establecidas las disposiciones para la transformación del sistema de atención en Salud Mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La reglamentación¹ parcial de dicha ley y el Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027)² avanza en las orientaciones para los principales cambios.

Las disposiciones referidas a la atención en el sistema de salud se establecen en el Capítulo 5 de la ley de salud mental sobre Abordaje y las líneas estratégicas en el Área priorizada 4 del Plan Nacional de Salud Mental referido a Atención.

La meta es superar el modelo asilar y transformar el enfoque hospitalo céntrico, de la asistencia intensiva del momento agudo, consolidando y extendiendo el desarrollo de un modelo de Salud Mental Comunitario, que permita a la población acceder a un proceso de atención longitudinal que promueva la inclusión social.

En Uruguay esto exige la transformación estructural del sistema de atención, en particular en el Sistema Nacional Integrado de Salud, atendiendo a las diferencias territoriales en población, características y recursos.

La puesta en práctica en los servicios de salud requiere de instrumentos técnicos específicos que establezcan requisitos y lineamientos para la creación y funcionamiento de los nuevos dispositivos y transformación de los existentes. Así como establecer las responsabilidades institucionales que aseguren el acceso de la población a la atención de acuerdo a lo dispuesto en la ley.

Este documento trata del Modelo de Atención y de los requisitos mínimos de dispositivos de la Red de Salud Mental. Su objetivo es aportar a la definición de un modelo de organización de la atención y de las normas sobre requisitos mínimos de infraestructura y capital humano en dispositivos priorizados de la red de atención en salud mental del SNIS: dos dispositivos localizados en el territorio, el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial 66(CRPS) y la Casa de Medio Camino (CMC), y un dispositivo hospitalario la Unidad de Corta Estadía (UCE), y su funcionamiento en red con otros servicios y centros asistenciales”.

Las preguntas que se busca responder en el mismo son:

- ¿Cuál es la situación actual respecto a la red de estructuras de SM?
- ¿De acuerdo a la Ley y el Plan de SM, cómo sería la Organización básica de la Red de Salud Mental y cómo se ubican en ella las UCE, CMC y CRPS?
- ¿Cuáles son las necesidades de UCE, CMC y CRPS en cada territorio?

¹ Decretos N° 226/018 y 331/019), la Ordenanza N° 1488 referente a la Red de dispositivos de atención en Salud Mental (2019)60

² Aprobado por la Ordenanza 153/020

- ¿Cuál será la población usuaria que recibirá atención en la UCE? Establecer disposiciones respecto a adolescentes y poblaciones especiales: personas con patología dual, trastornos conductuales graves, personas privadas de libertad (diferenciar imputables e inimputables)
- ¿Cuál sería la Infraestructura edilicia mínima para cada una de las estructuras propuestas?
- ¿Cuál es el requerimiento mínimo de Recursos Humanos, en número y perfil profesional?
- ¿Cuál es el requerimiento básico de Recursos Materiales para cada uno de los dispositivos?
- ¿Cuáles serían posibles etapas del proceso de desarrollo de la red de estructuras?
- ¿Qué indicadores permitirían evaluar la estructura básica?

2. Modelo de Atención

Entre diversas definiciones del constructo teórico Modelo de atención se seleccionaron las que refieren a aspectos operativos útiles para la implementación.

El Modelo de atención en salud es un instrumento que ordena y orienta las prácticas de acuerdo a una dirección política y en base a un marco teórico coherente con esta dirección, “... sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación y mejorar el impacto sobre la salud de la población, si se articulan los recursos y las voluntades necesarias.” (pág. 42 Gil Forero G. y col , 2018)³.

“..conceptualización de la forma en que deben prestarse los servicios, incluidos los procesos de atención, la organización de los dispensadores y la gestión de los servicios, respaldada por la determinación de las funciones y responsabilidades de las diferentes plataformas y dispensadores, además de las vías de atención”.(pàg. 11 WHO, 2019)⁴

Una posible definición de Modelo Integral de Salud: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (pág. 10 MS Chile 2005)⁵

El marco conceptual general en el que se sustentan las disposiciones de las normas vigentes en Uruguay es el Modelo Comunitario de Salud Mental (MCSM) con enfoque de recuperación.

El MCSM se sustenta en un paradigma de DDHH, parte de una concepción de salud integral y de una estrategia de Atención Primaria de Salud. Jerarquiza la población como eje y el territorio como contexto de desarrollo de las acciones. Propone un abordaje integral de las situaciones, que reconozca los determinantes sociales de la salud e identifique las necesidades de la población. Con una organización y metodología de trabajo sustentada en la participación, la interdisciplina y la intersectorialidad, que asegure la continuidad y articulación en las distintas etapas del proceso de atención.

³ Gil Forero J.C., Pardo Herrera I., Núñez Cabrera A., Elementos sociales y comunitarios para la construcción de un modelo diferencial en Atención Primaria en Salud en territorios de alta ruralidad - Capítulo 3. en Buenaventura Jaramillo-Mejía M.C, et col., Comunidades, territorios y Atención Primaria en Salud en el Litoral Pacífico - Acceso en noviembre/2021 en http://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/83956/1/jaramillo_comunidades%20territorios_2018.pdf. Cali : Universidad Icesi, 2019.

⁴ World Health Organization WHO/OMS Marco operacional para la atención primaria de salud - https://www.who.int/docs/default-source/documents/operational-framework-for-primary-health-care-wha73-sp.pdf?sfvrsn=31ae47e9_6 Aprobado en la 73ª Asamblea Mundial de Salud

⁵ Ministerio de Salud, Chile Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos de Redes N° 1 (2005) acceso nov/2021 en <http://www.bibliotecaminsal.cl/cuadernos-de-redes/>

Desde un punto de vista operativo el modelo de atención se instrumenta a través de componentes estructurales, de organización, metodología de trabajo y aspectos actitudinales.

El componente estructural del MCSM lo constituye una red de dispositivos de atención de la Salud Mental (SM), diversos, distribuidos equitativamente en el territorio, integrados a la red de salud general y a la red comunitaria y de protección social, gestionados con un enfoque intersectorial y participativo en el los que las acciones de atención directa a la población las lleva a cabo un equipo multidisciplinario.

El diseño de la red y el proceso de implementación de la misma dan marco a la propuesta y desarrollo de los dispositivos alternativos. Para definir las características y recursos básicos de cada tipo de dispositivo es necesario tener presente el territorio y sus necesidades, la red de salud mental hacia la que se avanza y la etapa que transcurre⁶. Por este motivo previo a la descripción de los dispositivos, que son objeto de este documento, se resume brevemente la información disponible respecto a la situación actual, se describe la Red de SM propuesta en la normativa vigente para posteriormente plantear el desarrollo de la Red y en particular de los dispositivos alternativos.

a. La Situación actual: el SNIS y la atención de la SM

En el año 2007 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud⁷ a través de la Ley N° 18.211⁸. La rectoría del SNIS está ejercida desde el MSP a través de la normativa y la fiscalización, la gestión se realiza a través de la Junta Nacional de Salud,⁹ que es responsable de la administración del Fondo Nacional de Salud que financia el sistema. El SNIS¹⁰ está integrado por un prestador público principal que es ASSE¹¹ y 35 prestadores privados¹² (Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales - IAMPP)¹³.

⁶ Sánchez A.E.; Guía operativa 3. Desarrollo y consolidación de la Red de Servicios de Salud Mental. en Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. JM Caldas de Almeida JM., Torres González F., Organización Panamericana de la Salud - Washington, DC: OPS, © 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 601)

⁷ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sistema-nacional-integrado-salud>

⁸ <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

⁹ Acceso a los informes de rendición de cuentas de la JUNASA <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/rendiciones-cuentas-junasa-2008-2020>

¹⁰ Bazzano J., Benia W, Ríos G., Uruguay. Ministerio de Salud Pública Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2019. 198 p. ISBN 978-9974-8602-6-1

¹¹ Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado como servicio descentralizado (ASSE) <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007/5>

¹² Información del desempeño asistencial de los 36 prestadores que integran el SNIS desde 2012 a 2022 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/indicadores-de-desempeno-asistencial>

¹³ Decreto 230/2013 crea la figura de Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) como nueva forma jurídica que pueden adoptar las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/230-2013>

Las instituciones que integran el SNIS a través del contrato de gestión con la JUNASA se comprometen a suministrar a su población usuaria los Programas Integrales de prestaciones¹⁴ que apruebe el Ministerio de Salud Pública¹⁵.

Actualmente el PIAS incluye las siguientes prestaciones de SM y psiquiatría:

Asistencia ambulatoria convencional y asistencia hospitalaria en Psiquiatría, Asistencia de emergencia y urgencia psiquiátrica según corresponda. Se establece que las internaciones psiquiátricas no estarán sujetas a límites temporales. Establece el acceso a Micronarcosis o terapia electroconvulsiva.

Atención con Fonoaudiólogo y Psicomotricista y consulta con Psicología con fines diagnósticos. Estudio Neuropsicológico Estudio Pedagógico Evaluación psicomotriz Psicodiagnóstico. Psicoprofilaxis del parto.

El PIAS integra todas las disposiciones del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud¹⁶, Decreto 305/011¹⁷. El plan establece las modalidades de abordajes psicosociales y psicoterapéuticos a poblaciones objetivo y la duración de las mismas.

También se citan las disposiciones de Ley de salud mental referidas a la integralidad de las prestaciones (Artículo 15) Niveles de atención (Artículo 16) y se menciona que la atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia (Artículo 19). Hace referencia a la definición de dispositivos de la red de salud mental pero hasta ahora no incluye la ordenanza sobre la red de salud mental número 1488/ 2019¹⁸. Refiere la necesidad de integración con los recursos comunitarios y la participación de familiares de las personas con trastorno mental. Incluye los artículos referidos a la hospitalización y desinstitucionalización pero no integró los decretos reglamentarios.

Respecto a la instrumentación de las disposiciones del PIAS, las instituciones aseguran las prestaciones referidas a la atención psiquiátrica ambulatoria convencional, hospitalaria y de emergencia, consultas y estudios con psicología, fonoaudiología y psicomotricidad y la internación psiquiátrica sin límite de tiempo, con acceso a ECT. Las prestaciones en salud mental del Plan 2011 están instrumentadas

¹⁴ Enlace de acceso al catalogo de prestaciones, Ordenanzas y Decretos regulatorios <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>

¹⁵ Artículo 45º de la Ley N° 18.211

¹⁶ Enlace de acceso al Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

¹⁷ <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011/1>

¹⁸ Ordenanza del MSP que define los dispositivos que deben integrar la red de salud mental <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>

en todos los prestadores en forma bastante heterogénea, siendo el modo 3, referido a rehabilitación de personas con trastornos mentales graves el que tiene menor instrumentación.

En cuanto a la estructura, las instituciones del SNIS tienen sedes centrales, en las que se concentran la mayor diversidad de prestaciones generales y especialidades, cuentan con sedes de cercanía de diversas complejidades y nivel de desarrollo, en muchas de las cuales se brinda atención de SM ambulatoria. La modalidad de atención más extendida es la consulta profesional individual.

En ASSE desde 1996 se extendió la instalación de equipos multidisciplinarios de SM principalmente en las capitales departamentales¹⁹, a nivel de las IAMPP los equipos multidisciplinarios se encuentran casi exclusivamente en programas y experiencias específicas como atención a situaciones de VBG, SSRR, Plan de prestaciones SM entre otras.

Las internaciones psiquiátricas se realizan mayoritariamente en dispositivos monovalentes separados de la estructura de atención general. En las IAMPP la modalidad más frecuente es la contratación de plazas en Clínicas Psiquiátricas particulares. En ASSE la mayoría de los departamentos del interior (salvo Artigas, Canelones, Flores, Tacuarembó) cuentan con sala de Salud Mental con diferentes niveles de integración en la estructura y funcionamiento de los hospitales generales. En Montevideo hay dos salas en hospital general (19 camas) y el Hospital Vilardebó (monovalente con una dotación de 300 camas). Continúa funcionando, sin admisión de nuevos ingresos desde 2028, la institución de larga estadía CEREMOS (ex Colonia Etcherpare y Santin Carlos Rossi) con aproximadamente 600 camas.

Respecto a los dispositivos previstos en la Ley 19.529 y la Ordenanza de la Red de SM no se desarrolla aquí, se menciona la información disponible al presentar la propuesta para UCE CMC y CRPS.

b. La Red de Salud Mental propuesta en la normativa vigente

Para plantear los requerimientos básicos de los dispositivos que nos ocupan es imprescindible ubicarlos en la Red de Salud Mental y en la Red de Salud General, desde una perspectiva intersectorial.

“El desarrollo de una red de servicios comunitarios implica un proceso de transición desde un modelo institucional, donde es predominante el hospital psiquiátrico, a un

¹⁹ Romano S., Porteiro M., Novoa MG, Lopez Mesa G, et col.; Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado; Rev Psiquiatr Urug 2018; 82(1):22-42

modelo comunitario, donde el eje de la asistencia está centrado en el Equipo de Salud Mental Comunitario (ESMC)". (Pág. 52 Basauri, 2005)²⁰

La ley prevé la creación y desarrollo de una red de dispositivos asistenciales integrados con corresponsabilidad entre el sector salud, otros sectores implicados y la sociedad, que incidan eficientemente en la promoción, la prevención y atención de la salud, así como la recuperación y rehabilitación de las personas que lo requieran, en plena concordancia con el modelo de salud comunitario.

En el PNSM 2020-20207 en la pág. 45 se desarrolla el Área Estratégica sobre Atención donde se plantea:

Objetivo 1: Implementar un sistema de atención basado en el modelo comunitario para personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos.

Y establece entre sus Líneas estratégicas:

Fortalecer la Red de servicios de salud mental insertada en el SNIS.

Reforzar la integración de la red de servicios de SM con sectores del Estado y de la sociedad civil, contemplando particularidades territoriales y garantizando la plena accesibilidad, continuidad y calidad de la atención.

Asegurar la accesibilidad a los diferentes dispositivos de la red con criterios poblacionales, territoriales y epidemiológicos.

Destacamos dentro de la propuesta de Acciones:

Completar el relevamiento nacional de los dispositivos que prestan servicios de salud mental y atención a personas con UPD.

Crear y/o reestructurar servicios existentes para la conformación de la red a nivel de territorio de acuerdo a la Ordenanza de dispositivos aprobada y al plan de trabajo territorial.

Elaborar las normas sobre los requisitos mínimos de infraestructura y capital humano en los dispositivos de la red de atención de salud mental.

Desarrollar herramientas para monitorear la eficiencia de la coordinación entre los distintos niveles de atención y dispositivos de la red.

A su vez la Ordenanza 1488/019 del Ministerio de Salud Pública define los dispositivos que deben integrar la Red de Estructuras Básicas de Atención en Salud Mental en el marco del SNIS, estableciendo su relación con los diferentes sectores y sus características básicas.

²⁰ Basauri V.A., Guía Operativa 3 Desarrollo y consolidación de la red de servicios de salud mental, publicado en Caldas de Almeida J.M.; Torres González F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos - OPS Publicación Científica y Técnica No. 601, Whashington DC 2005

A partir de la revisión de la normativa vigente antes citada y de los objetivos del presente documento se presenta un esquema general de la Red de Salud Mental que servirá de contexto para la propuesta de estructura y organización de los dispositivos específicos que se exponen luego. Destacamos que la estimación de requisitos para cada tipo de dispositivo varía con el desarrollo local de la red en cada etapa.

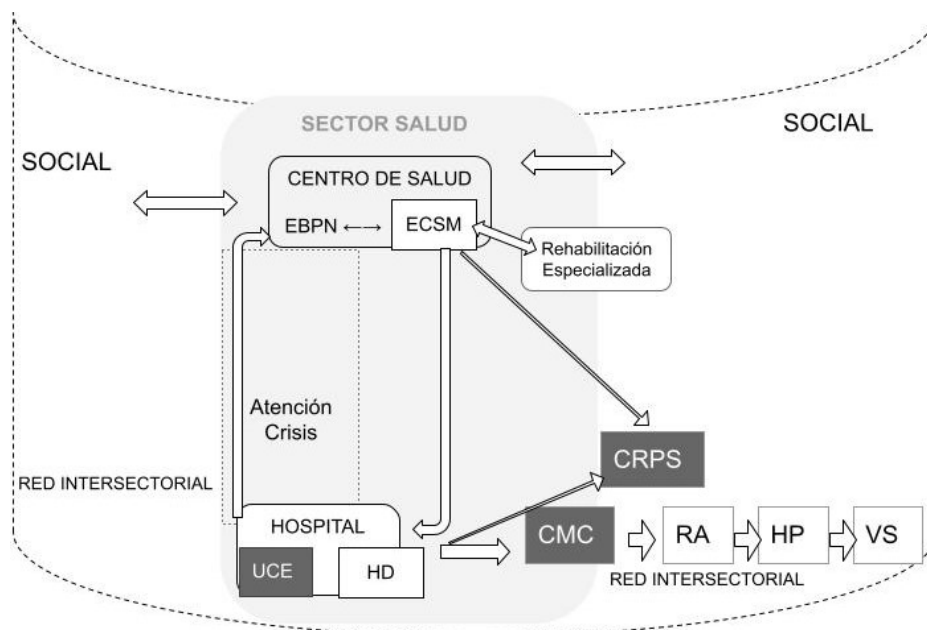
c. Esquema de la Red de Salud Mental para atención de personas con TMG

La atención integral de la Salud Mental es una responsabilidad intersectorial en la que el sistema de salud tiene competencias específicas complementarias a las acciones de otros sectores y actores sociales.

Esta atención incluye las acciones de cuidado, promoción de la salud y prevención de problemas de toda la población, la detección y atención de problemas de salud mental en las personas atendidas en el sistema de salud en cada nivel, la detección, evaluación y tratamiento de las personas que presentan trastornos mentales con acciones complementarias entre el nivel especializado y el nivel general.

Dado que el foco de este documento son estructuras especializadas para la atención de personas con mayor afectación de su salud mental, en el esquema se toma como eje la trayectoria de la persona con un trastorno mental grave en el sistema de salud.

ESQUEMA BÁSICO DE LA RED DE ESTRUCTURAS DE SM



En el esquema se marcan en oscuro los dispositivos a los que se refiere el presente documento. EBPN: Equipo Básico del Primer nivel de Salud. ECSM: Equipo Comunitario de Salud Mental. UCE: Unidad de Corta Estadía. HD: Hospital de Día. CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial. CMC: Casa de Medio Camino. RA: Residencia Asistida. HP: Hogar Protegido. VS: Vivienda Supervisada.

3. Estructura y organización

Al hablar de Modelo de atención se planteó que sus componentes son la estructura, la organización, el método de trabajo y los aspectos actitudinales. Estos componentes están estrechamente relacionados, definirlos en esta forma esquemática ayuda a describir y analizar sus características y avanzar en el planteo de desarrollo y transformación del modelo. En este documento se toma como eje la estructura y la organización de los tres dispositivos, en la red, y se realizan algunas referencias a aspectos actitudinales o del método de trabajo tangencialmente en función de definir mejor o aclarar aspectos estructurales y de organización.

Se desarrolla la descripción partiendo de una estimación de las necesidades de número y tamaño de cada dispositivo, tomando como dimensiones centrales para esta definición el territorio y la población.

La unidad territorial considerada son los departamentos y se plantea la ubicación de los dispositivos en las ciudades de mayor densidad poblacional, en general las capitales departamentales. En el caso de personas residentes a distancias de la capital departamental que puedan ser una barrera de acceso a la atención, dependiendo del tipo de dispositivo y situación se planea posibles estrategias alternativas para la respuesta a la necesidad.

Respecto a población se toman los datos que plantea como proyección para 2025 el Instituto Nacional de Estadística.

Para realizar la estimación de necesidades de número y tamaño de los dispositivos se tomaron como referencia informes y normativas de países en los que la reforma de la atención en salud mental está más avanzada, y que han tenido un proceso que permite evaluar resultados y ajustar las recomendaciones, en particular de España, Chile e información regional de publicaciones de OPS/OMS.

Se estima el número de plazas totales por tipo de dispositivo, necesarias por departamento, de acuerdo a la población residente de 15 años y más, teniendo como meta el desarrollo de una red de dispositivos diversa que permita una respuesta integral a las necesidades y cuya distribución territorial facilite el acceso.

Partiendo de la situación actual se plantea la estimación como un aporte a la planificación del desarrollo de la Red en el contexto del proceso de transformación del modelo de atención.

Una situación a considerar es que esta estimación se hizo considerando población total residente beneficiaria del SNIS en cada departamento sin separar usuarios de prestador público y privado. De acuerdo a la densidad poblacional baja en muchos territorios, el tamaño de los dispositivos es pequeño y en algunos casos está por debajo del mínimo recomendado en la bibliografía internacional. Esto condujo al planteo de varios de los expertos consultados de la necesidad de complementación público privado y la pertinencia de pensar dispositivos mixtos que brinden estrategias

diferenciales en función de la necesidad de la persona, articuladas en un mismo dispositivo.

La complementación público privado es considerada posible y oportuna por todos los referentes consultados, en general no sólo en los territorios de baja densidad poblacional. Las principales razones planteadas son la sustentabilidad, uso racional de los recursos, accesibilidad y avance hacia el cumplimiento de los principios que sustentan el SNIS.

No obstante, se realizan observaciones a considerar: se plantea la necesidad de convenios que establezcan en forma clara y detallada los compromisos de cada institución así como procesos de evaluación y monitoreo que aporten al ajuste del acuerdo.

a. Unidad de hospitalización de Corta Estadía

En el proceso de atención la hospitalización es reservada a las situaciones de crisis, episodios agudos o descompensaciones de trastornos crónicos que no pueden ser atendidas y resueltas en forma ambulatoria. La indicación de hospitalización puede deberse a la necesidad de profundizar la evaluación diagnóstica, por refractariedad al tratamiento, por gravedad de la situación y posible riesgo de auto o heterolesión o por imposibilidad de apoyo sociofamiliar para la realización del abordaje.

La ley de Salud Mental y su reglamentación establecen las formas de hospitalización y las disposiciones específicas para su realización definiendo los procedimientos administrativos de acuerdo a un marco de garantía de derechos para los usuarios.

Actualmente las plazas de hospitalización se concentran en estructuras monovalentes tanto a nivel de prestadores públicos como privados y su número supera ampliamente los estándares internacionales. Avanzar en el proceso de desinstitucionalización requiere una planificación que asegure que el desarrollo de estructuras alternativas preceda la disminución de camas de hospitalización de larga y mediana estadía y que se reorganice la hospitalización de corta estadía.

Esta reorganización implica asegurar el desarrollo de unidades de hospitalización de corta estadía en los hospitales y sanatorios generales públicos y privados en que no existan y la transformación estructural y de funcionamiento de las unidades de hospitalización existentes de acuerdo a la realidad territorial en cada etapa.

i. Dimensión de las UCE en cada territorio

Estimar el número de plazas de hospitalización necesarias en cada departamento requiere cuantificar y caracterizar la demanda y considerar el nivel de desarrollo de la red local de atención en SM.

En Uruguay no hay estudios epidemiológicos sobre población general, los datos con los que contamos provienen de registros administrativos de población asistida en los dispositivos existentes. De acuerdo a los datos relevados por el MSP a través de SINADI²¹ los egresos de cuidados moderados de psiquiatría en las IAMPP en el primer semestre de 2021 fueron 7132, con un promedio de estadía de 12,1 días;

²¹ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/indicadores-de-desempeno-asistencial>

mientras que en el segundo semestre 2020 en ASSE los egresos fueron de 6532 con un promedio de estadía de 23,9 días.

Estos datos dan una idea del uso actual de servicios en la respuesta a la demanda por situaciones agudas o de crisis. El diseño de la red debe considerar el impacto en la demanda de hospitalización que implica la creación de estructuras alternativas, como hospitales de día y centros de rehabilitación y de estructuras residenciales alternativas a las situaciones de larga y mediana estadía.

Respecto al número de plazas de hospitalización las cifras que se refieren en publicaciones y normativa internacional oscila entre 1,5 y 4,5 camas por 10.000 habitantes, siendo las cifras más altas las que corresponden a países que mantienen un modelo asilar o que están en transición²².

Uruguay supera ampliamente esa dotación de camas ya que sólo en el sector público el número de camas en CEREMOS es mayor a 700, el Hospital Vilardebó cuenta con más de 300 plazas y en los Hospitales Generales de ASSE son cerca de 300. Si a eso sumamos la dotación de camas en los prestadores privados de Montevideo en total 315 (distribuidas en Sanatorio Etchepare 86, Xikos 52, Klinos 58 (28 para adolescentes y 30 mayores) Clínica de los Pocitos 31, Villa Carmen 65, Médica Uruguaya 23, Sanatorio del Parque 36) incluyendo las clínicas privadas de internación psiquiátrica, es posible afirmar que superamos las 6 camas cada 10000 habitantes²³.

El estándar en la norma técnica en España es de 1,5 por 10.000²⁴ para las unidades de hospitalización breve y de 1 por 10000 para unidades de mediana estadía. En Chile transcurrió el primer periodo de implementación de la reforma²⁵ y de acuerdo a la evaluación de esta etapa se actualizó la normativa²⁶. La nomenclatura empleada en la nueva normativa refiere a Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en función del tipo de atención brindada y no del tiempo de estadía y *“... recomienda que exista 1 cama de hospitalización para población adulta por cada 7.000 personas mayores de 18 años y 1 cama de hospitalización para población adolescente por cada 4.000 adolescentes entre 10 y 17 años”*. (pag 1790).

Tomamos el valor de 1,5 cada 10000 habitantes para la estimación de camas de la población de 19 años y más, con la salvedad de que es una meta que requiere del

²² Sanchez A. E., Guía Operativa 4 Habilitación de camas para hospitalización psiquiátrica en hospitales generales en Caldas de Almeida J.M.; Torres González F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos - OPS Publicación Científica y Técnica No. 601, Whashington DC 2005

²³ No contamos con un registro actualizado de la dotación de camas en los prestadores privados y de acuerdo al listado registrado servicios de salud del MSP existen más 10 clínicas privadas de internación psiquiátrica de situaciones agudas.

²⁴ Aparicio Tellería D., Bravo Ortiz Ma. F. et col A E N Asociación Española de Neuropsiquiatría - Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad Cuadernos Técnicos 4 - I.S.B.N.: 84-95287-06-4

²⁵ Minoletti, Alberto, Zaccaria, Alessandra (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica;18(4/5) 346-358, oct.-nov. 2005. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015

²⁶ MSP Chile Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf (2018)

desarrollo de una red completa de dispositivos, como valor de población se utiliza la proyección de INE para 2025 y para la población de 15 a 19 años la recomendación de la norma chilena.

Estimación de camas de hospitalización de corta estadía por departamento según proyección de población para 2025

Departamento	Poblacion 15 a 19	Población > 19 a	Estimación UCE adolescentes 1/4000 h	Estimación =UCE pob. adulta 1,5/10000
Artigas	3.269	38461	1	6
Canelones	32.856	358.582	8	54
Cerro Largo	5.054	53.450	1	8
Colonia	6.762	79.237	2	12
Durazno	2.970	33.034	1	5
Flores	1.453	17.702	0	3
Florida	2.821	32.628	1	5
Lavalleja	2.753	34.074	1	5
Maldonado	10.659	121.254	3	18
Paysandu	6.699	71.052	2	11
Rio Negro	3.333	32.582	1	5
Rivera	5.828	59.758	1	9
Rocha	3.656	41.405	1	6
Salto	8.573	82.484	2	12
San José	6.171	64.815	2	10
Soriano	4.133	45.260	1	7
Tacuarembó	4.841	54.170	1	8
Treinta y Tres	2.195	26.163	1	4
Montevideo	122.732	1.427.084	31	214
Total País	236.758	2.673.195	59	401

Con respecto al tamaño de cada unidad se plantea que debe contemplar un balance entre la eficiencia y la posibilidad de gestión y atención adecuada al modelo.

La norma chilena para las unidades de hospitalización de adultos plantea un mínimo de 10 camas y un máximo de 24 y para la de población adolescente un mínimo de

6 y un máximo de 12.²⁷ Similar planteo realiza Sanchez²⁸ que recomienda tener en cuenta que las unidades con menos de 10 camas no resultan rentables y por encima de las 25 son difícilmente manejables desde el punto de vista de la contención y del ambiente terapéutico deseable, planteos similares a los de España.

Para zonas de menor densidad poblacional que requieran un menor número de plazas, se sugiere que las hospitalizaciones puedan realizarse en salas de medicina con la puesta en marcha de programas específicos de atención a cargo de un equipo multidisciplinario especializado, con coordinación y entrenamiento del personal y asignación que tenga responsabilidad asistencial directa.

Observando la tabla surgen dos comentarios. Respecto a la hospitalización de adolescentes, en la documentación consultada es consenso que debe realizarse en espacios específicos, pero dado el bajo número estimado en algunos departamentos, se puede plantear como un sector diferenciado dentro de una unidad general y no una unidad totalmente independiente de la unidad de adultos. En la consulta realizada a referentes en Uruguay se destaca la importancia de sectores diferenciados que permitan considerar los intereses, necesidades y cuidados específicos de cada grupo etario, el resguardo de los derechos de los adolescentes. Se enfatiza que la atención se realice por equipos multidisciplinarios para cada sector, con capacitación específicas. A la vez se destaca que supone grandes desafíos para la implementación y funcionamiento en esta etapa especialmente en los territorios de menores recursos.

Con respecto a los departamentos donde se estima un número de plazas de hospitalización de adultos menor a 10 es posible planificar diferentes alternativas en el proceso de cambio de la estructura. Se propone organizar dispositivos mixtos que integren procedimientos y estrategias diferenciadas según situación y etapa de atención de la población usuaria con la meta de favorecer el acceso a una atención integral. Estas estrategias o programas pueden estar a cargo del mismo equipo interdisciplinario, en espacios funcionalmente diferenciados desde la organización del servicio. A modo de ejemplo, integrar en espacios diferenciales dentro de una estructura, las plazas de hospitalización breve y el hospital de día²⁹, espacios para adultos y para adolescentes, etc. La integración en una misma planta física es considerada viable por los referentes consultados destacando que es una opción costo efectiva y de calidad que posibilita la implementación de los Hospitales de día en lugares donde la potencial población usuaria es poco numerosa y contribuye a que fluya la interacción entre ambos tipos de dispositivos.

En el caso de que se integre HD y UCE en una misma planta es necesario que se defina y establezca las características específicas en la organización y

²⁷ MSP Chile Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf (2018)

²⁸ Sanchez A. E., *Guía Operativa 4 Habilitación de camas para hospitalización psiquiátrica en hospitales generales* en Caldas de Almeida J.M.; Torres González F. *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos* - OPS Publicación Científica y Técnica No. 601, Whashington DC 2005

²⁹ De acuerdo a la Ordenanza de la Red de Salud Mental un Hospital de Día es un dispositivo sanitario hospitalario que brinda atención diurna especializada en salud mental ambulatoria intensiva, siendo una alternativa a la hospitalización a tiempo completo, para personas que cuentan con una red social de apoyo. La población usuaria del hospital de día son personas con trastornos mentales graves en períodos de agudeza o descompensación, es un dispositivo intermedio entre la hospitalización a tiempo pleno y la atención ambulatoria.

funcionamiento de cada dispositivo. A modo de ejemplo, entradas separadas, horarios de actividades y uso exclusivo de los espacios. Es relevante para la población usuaria que sea clara las etapas en la trayectoria asistencia, de forma que los procedimientos den cuenta de avances en el proceso. Así como garantizar el cumplimiento de los objetivos de los dispositivos y la discriminación de sus propuestas y manteniendo las especificidades en cuanto a los abordajes y los procesos de habilitación para NNA y rehabilitación para adultos.

En forma genérica nos referiremos a Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) para abarcar las diferentes formas que puedan desarrollarse integrando estrategias de acuerdo a las características territoriales y a las necesidades de la población.

La oferta de hospitalización actual incluye corta, mediana y larga estadía en los mismos establecimientos, en muchos casos sin diferenciación clara ni programas específicos. De acuerdo a las disposiciones de la ley el propósito es optimizar el tiempo de hospitalización al requerido para la estabilización clínica del episodio agudo, separar atención en los servicios de salud de los requerimientos residenciales y de apoyo para la vida cotidiana en la comunidad, y priorizar la atención y rehabilitación ambulatoria.

Para alcanzar esa meta se plantea el desarrollo de una red de estructuras diversas, en un proceso de adecuación progresiva mediante la creación de nuevas estructuras, la transformación de algunas de las existentes y la sustitución de otras.

Las unidades de hospitalización deben participar en este proceso de transformación adecuando sus características de organización y funcionamiento y adaptando progresivamente una dotación de camas hacia lo previsto, siguiendo el proceso de desarrollo de la red. La tabla propone un cronograma posible, para las unidades de hospitalización de adultos:

	2021	2023	2025	2027
Plazas hospitalización adultos	> 6/10000	4.5/10000	3/10000	1.5 /10000

En el caso de la hospitalización de adolescentes de 15 a 19 años, actualmente no existen espacios específicos diferenciados en los hospitales y sanatorios generales, se propone crearlos considerando las recomendaciones de 1 plaza cada 4000 hab. en ese entorno de edades.

ii. Espacio físico y ambiente terapéutico

“Las dimensiones identificadas, del ambiente terapéutico ... son por un lado el espacio físico y la dinámica de funcionamiento en las unidades, y por otro, el ambiente relacional y el trabajo en equipo, incluyendo el clima laboral”.. (pág. 33 Huizing, 2010)

El espacio físico y el equipamiento de la UHSM debe tener características diferentes a las salas de hospitalización por otras razones médicas o quirúrgicas. Condiciones específicas a las situaciones de las personas y al tipo de cuidado que deben recibir, considerando aspectos terapéuticos relacionales, prevención de riesgos, y salvaguarda de los derechos humanos.

Similares requerimientos tienen otros dispositivos de salud mental pero en las unidades de hospitalización las personas permanecen y conviven 24 horas lo que impone exigencias particulares.

Respecto a su ubicación dentro del edificio algunos documentos plantean que es preferible que la UCE esté en la parte baja del hospital para facilitar el acceso a zonas de al aire libre y evitar los riesgos de la altura.

Se recomienda tener en cuenta la opinión de profesionales de Salud Mental, pacientes y familiares en el diseño de nuevas UHSM y en la adecuación de los dispositivos ya existentes.³⁰

“..Para que el espacio físico sea terapéutico es fundamental encontrar un equilibrio entre aspectos como la seguridad, la privacidad y la dignidad, teniendo en cuenta la perspectiva de género y las diferencias culturales. (pag 33 Huizing, 2010)

El diseño arquitectónico de un entorno terapéutico debe considerar tanto las normas de construcción, seguridad, instalaciones, como las necesidades básicas de los futuros usuarios, el respeto a su dignidad y a sus necesidades básicas, contemplar la posibilidad de espacios que permitan la intimidad, el descanso, el cuidado de sus posesiones, etc.

También es necesario considerar la ubicación respecto a los demás servicios del hospital, zonas de mayor circulación de personal, pacientes y visitas, la posibilidad de contaminación sonora y la adecuada señalización .³¹

1. Algunas características consensuadas

Uso adecuado de la luz: Espacios con luz natural, sobre todo en los lugares en que los usuarios permanecen durante el día y se realizan actividades, y un control adecuado de la luz artificial en los espacios comunes.

Ventilación: Posibilidad de ventilación en todos los espacios y regulación de la temperatura, por medios naturales o tecnológicos.

Limitación de la exposición al ruido, mediante la ubicación de la unidad y el empleo de materiales que permitan limitar la contaminación sonora.

Acceso a espacios al aire libre, de circulación libre o con compañía del personal de acuerdo a la seguridad del lugar.

³⁰ Service user experience in adult mental health services

<https://www.nice.org.uk/search?q=Service+user+experience+in+adult+mental+health%3a+improving+the+experience+of+care+for+people+using+adult+NHS+mental+health+services>

³¹ Huizing E., Ambiente Terapéutico en Salud Mental: Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía - Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud (2010)
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/ambiente-terapeutico-en-salud-mental>

2. Diferenciación de espacios

Las dimensiones físicas de la unidad y de sus espacios debe ser apropiada al número de usuarios previstos contemplando la normativa general y las particularidades que se señalan a continuación.

La Unidad debe contar con espacios comunes multifuncionales en número y tamaño adecuado al número de personas hospitalizadas, previendo un espacio específico para actividades ocupacionales. Considerando la opinión de profesionales, pacientes y familiares para modificaciones y mejoras en la unidad.

En el caso de unidades que incluyan adultos y adolescentes, estos últimos deben tener espacios separados para la realización de sus actividades.

De acuerdo al tamaño de la unidad y el número de personas hospitalizadas es posible plantear la diferencia de espacios comunes para personas en diferentes etapas del proceso de atención.

Respecto a los dormitorios se plantea que sean individuales o de dos camas y con acceso directo a baño de uso de la habitación. Se recomienda la existencia de dormitorios de observación de 24 horas cercanos a la enfermería para las personas con cuadros agudos más graves o de ingreso reciente con posibilidades de presentar episodios críticos o conductas disruptivas.

En aquellas unidades en que esté permitido fumar se debe disponer de espacios abiertos, con puertas especiales para que el humo no pase a las instalaciones.

Se jerarquiza la importancia de que los espacios sean agradables, cuidados desde el punto de vista estético y funcional, bien mantenidos, cuidando la limpieza y evitando el deterioro.

Prever un ambiente privado en el cual se puedan realizar entrevistas, manteniendo la confidencialidad y espacios donde las personas hospitalizadas puedan recibir visitas.

Se debe prever los sistemas de comunicación, en particular el acceso a comunicación telefónica según criterios claramente definidos.

3. Seguridad

El diseño de espacios y el equipamiento de los mismos debe considerar la seguridad en un doble sentido, no ofrecer riesgos y facilitar la observación e interacción de los pacientes con el personal.

Las medidas que se tomen deben adecuarse a las necesidades de pacientes y profesionales, ser discretas, generando un entorno seguro y a la vez confortable que se aparte de la imagen de institución de contención y control de las antiguas instituciones psiquiátricas.

El uso de tecnología para la observación, como cámaras, espejos convexos, etc, se recomienda para aquellos espacios que no puedan visualizarse directamente desde la enfermería o los espacios comunes, con precauciones que aseguren el derecho a la privacidad e intimidad de las personas usuarias.

Las instalaciones y equipamiento de los dormitorios y baños tienen que estar libres de elementos que puedan usarse con fines autolesivos.

iii. Población beneficiaria

De acuerdo a la evidencia internacional y la experiencia nacional, en particular en algunas salas de Hospital General del Interior del país, no es necesario limitar los ingresos según perfil clínico, si organizar la unidad de acuerdo a las diferentes situaciones.

Algunas de las situaciones que generan opiniones controversiales:

Personas con trastornos conductuales graves y mayor riesgo de conductas disruptivas. El cuestionamiento proviene en general de otros sectores del hospital y en algunos casos de dudas del personal de salud mental respecto a las posibilidades de atención y contención en cada estructura. De la documentación revisada y la información recabada surge que son muy pocas las situaciones que ocasionan dificultades y se sugiere como alternativa los cuartos de observación y la posibilidad de que haya una organización regional para dar respuesta a dichas situaciones.

Adolescentes de 15 a 19 años, las recomendaciones y la experiencia plantean que deben estar en unidades específicas o en sectores específicos dentro de la unidad general.

Personas con patología dual, en algunos países existen unidades de hospitalización especializadas en patología dual, en nuestro país la práctica y la opinión de la mayoría de los profesionales entrevistados es que podrían beneficiarse de la atención en las unidades en hospital general. Dichas hospitalizaciones se realizarían para la atención de los episodios agudos y la desintoxicación continuando luego la rehabilitación en centros especializados.

Con respecto a los ingresos judiciales hay dos tipos de situaciones, ingresos en el marco de un proceso penal o ingresos judiciales previstos en la ley de salud mental. Estos últimos no tendrían ninguna limitación al ingreso en las UCE de Hospital General. En el caso de personas en proceso penal hay opiniones divididas, en particular respecto a las personas que son consideradas inimputables, que para muchos profesionales no deberían tener diferencias en el acceso.

Situación aparte refiere a las personas que fueron consideradas imputables y están o van a estar privadas de libertad. En otros países existen unidades de hospitalización forense, en nuestro país es un tema pendiente.

iv. Recursos Humanos

De acuerdo a la revisión de bibliografía y normativa internacional y nacional y a las entrevistas realizadas se plantea que la unidad debe contar con un equipo multidisciplinario cuya integración básica sería: personal de enfermería, psiquiatra, psicólogo, un trabajador social de acuerdo a la población atendida según la proporción de acuerdo a las camas de la unidad³² y la integración de otros

³² Se toma como referencia la norma chilena y la española.

profesionales o técnicos con formación en abordaje psicosocial con enfoque de rehabilitación/recuperación de acuerdo a los programas en desarrollo.

En el caso de los recursos humanos básicos se plantea cargo completo de carga horaria media a alta en la unidad, en el caso de los técnicos que trabajarán en programas específicos se plantea su integración en la red territorial desempeñando funciones en más de un dispositivo.

La propuesta básica se resume en la tabla mencionando número de personal de cada disciplina, y perfil.

Recursos humanos Básicos			
Profesión	Proporción Número	Carga horaria semanal	Perfil/función
Psiquiatra	1	8 a 12	Jefatura o coordinación de la Unidad Formación/experiencia en gestión y en trabajo en equipo
Psiquiatra	1 cada 7-10 camas	24 a 30	Asistencia Formación/experiencia en trabajo en equipo.
Lic. Psicología	1 c/15 camas	12 a 20 hs	Formación en psicología clínica. Formación/experiencia en trabajo en equipo. Experiencia en servicios de salud.
Lic. Trabajo Social	1 c/20 camas	12 a 20 hs	Formación en salud mental. Experiencia en servicios de salud.
Lic. Enfermería	1 cada 10 camas/ distribución turnos	30 a 36	Formación en Salud Mental Funciones de Gestión Coordinador del equipo enfermería
Aux. Enfermería	0,2 /cama/turno	30 a 36 (turnos 6 hs)	Experiencia/ formación en Salud Mental.
Administrativo	1	24 hs	
Recursos Humanos según programas, (Cargos compartidos con otros dispositivo del mismo territorio)			

Profesión	Proporción Número	Carga horaria semanal	Perfil/función
Terapeuta ocupacional	1	4 a 8 hs	con formación en salud mental
Técnico en rehabilitación	1	4 a 8 hs	con experiencia en la atención de personas con TMG
Educador social	1	4 a 8 hs	con formación experiencia en salud mental
Acompañante terapéutico	Función a incorporar en el programa de acompañamiento al egreso		

En las consultas realizadas en general se consideró adecuada la distribución de rrhh en el entendido que es una meta a alcanzar en la implementación y que sería un mínimo a adecuar de acuerdo a las evaluaciones de proceso que se realicen, en particular algunos referentes plantean la necesidad de mayor dedicación horaria de Lic. en Psicología y Trabajo Social.

En cuanto a la organización, las responsabilidades y actividades básicas de cada cargo se definen en el contrato, incluye las funciones asistenciales, de gestión si corresponde, de registro y el funcionamiento en equipo, lo que debe integrarse a la gestión en tiempo y tipo de actividades asegurando la participación de todos los integrantes en su construcción, mantenimiento y operativa.

1. Aspectos a definir

En las entrevistas realizadas profesionales de diferentes disciplinas destacan la importancia de tener posibilidad de interacción con pares de su disciplina y de otras disciplinas en el análisis y resolución de situaciones clínicas y de contexto. Las alternativas que plantean es que se considere este aspecto a la hora de definir el número de RRHH asignados al dispositivos, que se habiliten en la organización instancias de encuentro entre equipos, o la incorporación de espacios formativos en la unidad.

También se destaca la importancia de contar con la participación de profesionales en formación, estudiantes de disciplinas diversas, con supervisión docente que realizan sus prácticas en los servicios.

b. Centro de Rehabilitación

La Ordenanza 1488/0109 define el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial como: *“Dispositivo ambulatorio, diurno, de atención psicosocial, que tiene por objeto la adquisición o recuperación de habilidades psicosociales para la reinserción social, comunitaria y laboral, estimulando la promoción de autonomía y el fortalecimiento de los vínculos de los referentes familiares y socio-afectivos. Forma parte de la red de atención sanitaria y social, por lo que es imprescindible la coordinación con los demás dispositivos, asegurando la continuidad asistencial. En el caso de personas con UPD se constituirán dispositivos diurnos específicos para esta población.”*

La rehabilitación es ubicada como un componente fundamental de la atención integral debido al reconocimiento del impacto de los trastornos mentales, en particular los de mayor gravedad, sobre el funcionamiento y la calidad de vida de las personas.

Más allá de las técnicas específicas y de los dispositivos especializados el enfoque de rehabilitación y de recuperación debe transversalizar el proceso de atención en todas sus etapas y espacios incorporándose en la gestión de casos como apertura de alternativas específicas para cada persona en su comunidad de residencia.

La Declaración de Consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), de Marzo de 1997 define: *“La Rehabilitación Psicosocial previamente considerada como prevención terciaria, ha evolucionado hacia un concepto, un cuerpo de conocimiento sobre los modos de organizar servicios y métodos sujetos a validación empírica y se ocupa de la prevención y/o reducción de la discapacidad asociada a trastornos mentales y conductuales...Sus métodos incluyen modos de organización de los Servicios dirigidos a maximizar la continuidad de cuidados, tratamientos e intervenciones globales para mejorar las capacidades individuales y reducir el estrés excesivo, para habilitar hacia la óptima participación económica y social y para reducir el riesgo de recaídas.”*

El enfoque de Recuperación en salud mental, en expansión desde hace 30 años, se ha instalado progresivamente como referencia en la organización de servicios asistenciales de salud mental de Nueva Zelanda, Estados Unidos y varios países europeos. Aporta al Modelo Comunitario de Salud Mental aspectos relevantes a ser considerados en la metodología y en los aspectos actitudinales y como principio organizativo clave en servicios de salud mental.

Destaca la dimensión subjetiva de la población atendida en tanto protagonista de su situación, activa en la participación y en la toma de decisiones. Anthony entiende la Recuperación como *“un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La Recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida a medida que se crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”* Anthony (1993).

El enfoque de recuperación aporta a la revisión de la organización de los servicios y las prácticas profesionales.

La incorporación de la vivencia subjetiva de la persona en la valoración de la situación clínica hace referencia a la consideración del grado de afectación y preocupación, focalización, reacción emocional asociada a la sintomatología y su importancia diagnóstica³³. La experiencia del proceso personal de recuperación plantea también críticas a la respuesta asistencial desde los servicios de salud. Desde el área de discapacidad se analiza el rol de la sociedad como contexto generador de desventajas y desde los profesionales se jerarquiza la eficacia de los tratamientos integrales.

Los mayores desafíos persisten en la implementación y en la evaluación de los procesos y de los resultados.³⁴

La necesidad de dispositivos de rehabilitación a lo largo del proceso asistencial es reconocida en la normativa y documentos revisados, a la vez su instrumentación varía y los dispositivos específicos se conocen bajo diversos nombres y características (España: Unidad de Rehabilitación; Centro de Rehabilitación Psicosocial, Centro de Día,). Otra forma de brindar acceso a las estrategias de rehabilitación es a través de los Centros Comunitarios de Salud Mental, (Chile, Perú, algunos departamentos en Uruguay). En estos centros la atención integral interdisciplinaria articula las diferentes formas de atención y cuidados en forma ambulatoria con las actividades en y con la comunidad.

Hay coincidencia en el propósito de incidir en forma positiva en la evolución de la vida de las personas afectadas por trastornos mentales, teniendo como meta que éstas puedan participar de forma libre, espontánea y responsable en diversas formas de vida social. También en los grandes objetivos de incidir en prevenir o reducir el deterioro y la discapacidad social, promover y fortalecer las habilidades, facilitar la adaptación psicológica y social, en un proceso de adquisición progresiva de autonomía y mejora de la calidad de vida.

Las modalidades de trabajo se han ido transformando a nivel internacional y en nuestro medio y la estructura y forma de organización de los dispositivos de rehabilitación es bastante diversa.

“Tradicionalmente, se ha intervenido para que las personas en situación de discapacidad de origen mental incrementen su autonomía y se adapten a su entorno. Sin embargo, la rehabilitación debe propiciar también la transformación de los espacios sociales o la creación de otros nuevos, donde no solo las personas con enfermedades mentales deban realizar cambios a nivel personal respetando la diversidad (pág. 47, MS Chile 2018)

Del relevamiento realizado podemos agrupar las experiencias en dos modalidades. Una centralizada en el dispositivo específico, con actividades que se desarrollan en el espacio propio, coordinadas por integrantes del equipo técnico y una modalidad distribuida entre los espacios del dispositivo y los espacios comunitarios, con participación e interacción con mayor diversidad de actores.

³³ Senín-Calderón C, Rodríguez-Testal J.F., Salvador Perona-Garcelán S.; Las ideas de referencia y la preocupación por su presencia: estudio sobre su relevancia para la caracterización de las psicosis; Revista Iberoamericana de Psicología y Salud (2016) 7, pag:1-8

³⁴ Uriarte-Uriarte JJ, José Jallespi-Cantabrana A.; Reflexiones en torno al modelo de recuperación; Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(131): 241-256

La modalidad de trabajo que se privilegie tiene incidencia en las características y requerimientos del dispositivo.

Por otra parte este es un proceso en evolución y las definiciones que se propongan responden al contexto actual pero variarán en el desarrollo de la Red. Para que esta transformación sea adecuada a las necesidades de la población y eficiente en el uso de los recursos es clave realizar un monitoreo del proceso de implementación e incorporar la evaluación de estructura, proceso y resultados en cada etapa.

La propuesta es establecer algunos requisitos básicos que permitan avanzar en ofrecer a la población usuaria del SNIS el acceso a prestaciones de rehabilitación en el caso de discapacidad psicosocial. La normativa plantea que en el marco del SNIS el dispositivo de la red de SM especializado en rehabilitación es el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial y su ubicación es en el territorio.

Por estas características se toman como referencia la experiencia en curso en Uruguay, los centros de rehabilitación psicosocial de España y la experiencia en otros países de la región.

i. Dimensión

La estimación de plazas de centros de rehabilitación vinculados al SNIS por cada departamento es compleja dado que en este momento no están consolidadas y estables estrategias intersectoriales que tengan por objetivo la inclusión socio ocupacional de las personas con discapacidad psicosocial.

Por este motivo y también por la baja densidad poblacional tomamos como índice para la estimación los referidos al conjunto de las diferentes modalidades existentes en otros países, con la salvedad de que en la evolución deberían ser dispositivos gestión intersectorial, que mantuvieran el compromiso del SNIS.

A partir de las referencias establecemos 3 etapas que requieren estrategias diferentes que pueden ser desarrolladas desde el dispositivo:

1. Rehabilitación y mantenimiento de la estabilización clínica en la comunidad.
2. Rehabilitación y desarrollo de actividades en la comunidad.
3. Inclusión social y ocupacional en la comunidad con apoyo.

Estimación de plazas en centros de rehabilitación psicosocial según etapa para cada estrategia.

Departamentos	Población 0>19 a	Estabilización	Actividades	Inclusión
Flores	17.702	3	3	2
Treinta y Tres	026.163	4	4	3
Durazno	33.034	5	5	4
Florida	32.628	5	5	4
Lavalleja	34.074	5	5	4
Rio Negro	32.582	5	5	4
Artigas	38461	6	6	5
Rocha	41.405	6	6	5
Soriano	45.260	7	7	6
Cerro Largo	53.450	8	8	7
Tacuarembó	54.170	8	8	7
Rivera	59.758	9	9	8
San José	64.815	10	10	8
Paysandu	71.052	11	11	9
Colonia	79.237	12	12	10
Salto	82.484	12	12	11
Maldonado	121.254	18	18	16
Canelones	358.582	54	54	47
Montevideo	1.427.084	214	214	186
Total País	2.673.195	401	401	348

Al plantear las plazas para los centros en esta modalidad también sería aplicable la estimación para la organización del trabajo que se realiza en algunos departamentos en los centros comunitarios de salud mental.

En estos centros se realiza la consulta ambulatoria de diferentes disciplinas y el seguimiento de los pacientes y a la vez las actividades de rehabilitación a través de diferentes programas.

ii. Espacio físico y equipamiento

De acuerdo a la modalidad de trabajo que priorice el centro varían los requerimientos de espacio físico%.

Es muy diversa la realidad en los diversos lugares visitados y relevados de los registros e informes de otros países.

La planta física debe contar con espacios propios o acceso a uso libre y el tiempo necesario a Espacios de trabajo de rehabilitación, Servicios, Espacio de trabajo de gestión y administrativo.

Espacios de trabajo de rehabilitación: Como requisitos mínimos se plantea la existencia de al menos dos espacios multifunción que permitan reuniones grupales y realización de actividades de taller, en forma simultánea, y acceso a un espacio al aire libre.

Servicios: Instalaciones sanitarias y cocina, adecuadas en buen funcionamiento.

Espacio de trabajo de gestión, administrativo y clínico . Al menos dos espacios: uno en el que puedan mantenerse el equipamiento para la realización de tareas de gestión y administrativas con el equipamiento y el acceso a servicios de comunicación básicos, telefonía e internet. Otro que posibilite la realización de entrevistas individuales o reuniones de pequeños grupos.

El tamaño de los diferentes espacios varía de acuerdo al número de plazas del dispositivo y a si emplea otros espacios de la comunidad para el desarrollo de actividades.

Es esencial que la planta física se mantenga en condiciones adecuadas desde el punto de vista de funcionamiento, estética y limpieza. Esto implica asegurar el acceso a los recursos y procedimientos de mantenimiento.

iii. Recursos Humanos

Varían mucho de un centro al otro de acuerdo a las modalidades de trabajo y la forma de organización y si se trata específicamente de un centro de rehabilitación o de estrategias de rehabilitación desarrolladas desde un Centro comunitario de salud mental.

Los requisitos mínimos se plantean en horas semanales por disciplina, las mismas pueden ser cumplidas por un solo profesional o más de uno dependiendo de la disponibilidad y a la vez en general parte del equipo se desempeña en otros dispositivos de la red en el mismo territorio.

Lo que resulta imprescindible para mejorar la calidad y eficiencia del funcionamiento del equipo es la definición clara de los tiempos, actividades y roles de cada técnico en cada dispositivo y que esta información sea compartida en forma clara para todo el equipo y para la población usuaria.

La propuesta es flexible y adaptada en función de la realidad en cada territorio.

A modo de ejemplo, actualmente la en muchos equipos de salud mental la tarea de enfermería es desarrollada exclusivamente por Auxiliares de Enfermería con experiencia en salud mental y son pocos los equipos que cuentan con Lic. en Enfermería.

Función	Perfil	Hs/ semana
Coordinación	Psiquiatra Lic. Psicología	20
Lic. Enf	Experiencia de al menos 1 año en psiquiatría	12
Psiquiatra	Médico psiquiatra	20
Talleristas	Experiencia en el área de salud mental	36
Aux. Servicio	Experiencia en el área de salud mental	36
Terapeuta ocupacional	Experiencia en el área de salud mental	36
Psicólogo/a	Experiencia de al menos 1 año en psiquiatría	10
Trabajador/a social	Experiencia de al menos 1 año en psiquiatría	6
Administrativo	Experiencia en el área de salud mental	24

c. Casa de Medio Camino

La Ordenanza 1488/019 define la Casa de Medio Camino como un “*dispositivo sanitario de rehabilitación de mediana estadía, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para personas en el período de postcrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución del trastorno*”.

La tipología de dispositivos varía de un país a otro y dispositivos que tienen fines similares pueden identificarse con diferentes denominaciones. Las características planteadas tienen puntos de contacto con las Unidades de Mediana Estadía de Chile las Comunidades Terapéuticas de Andalucía y los Hogares de post-cura de Francia.

Se trata de una estructura residencial alternativa, no hospitalaria, cuya organización y método de trabajo tiene como meta asegurar la continuidad del proceso asistencial y favorecer un tránsito progresivo hacia la comunidad, la inclusión social, educativa, laboral, ciudadana y cultural.

Se entiende por mediana estadía un plazo de permanencia entre 6 meses y 2 años, para personas con trastorno mental grave con dificultades para el reintegro a vivir en vivienda en la comunidad. Usualmente personas en el período postcrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas.

Se plantea que cuente con un espacio físico propio, extrahospitalario, integrado a la red de salud mental con procedimientos bien definidos, con acceso y uso de servicios preferentemente ubicada en una zona urbana (en Ambiente terapéutico pág 39)

i. Espacio físico

Las disposiciones generales respecto al ambiente terapéutico son similares a las de la unidad de corta estadía. Mencionaremos específicamente los aspectos que se diferencian.

Primero que nada, su ubicación, desde la normativa vigente se establece que las casas de medio camino son dispositivos que asientan en la comunidad, estrechamente articulados con los recursos de esta y con el sistema de atención en salud.

Los dormitorios deben ser individuales o como máximo tres camas. La población residente debe tener la posibilidad de adecuar el espacio a sus preferencias en cuanto al arreglo en el entendido de que será su espacio personal el tiempo que resida en la CMC. Por respeto a la intimidad y considerando que se trata de población estabilizada no se recomienda el empleo de cámaras en los dormitorios.

Se requiere al menos un espacio para la realización de actividades grupales vinculadas a la convivencia, asambleas, reuniones sociales, actividades recreativas, (Las actividades de formación u ocupación no se realizan en la casa.). Al menos un espacio comedor.

Acceso al uso de un espacio al aire libre.

Instalaciones sanitarias, de ser posible un baño cada dos dormitorios. Cocina y lavadero.

ii. Población usuaria

Se trata de personas con diversos diagnósticos que tienen en común la gravedad y la evolución con importante déficit funcional, ocupacional, la dificultad para el reintegro a la comunidad por su vulnerabilidad frente al estrés de las exigencias de la vida cotidiana y de las interacciones sociales, con el consiguiente riesgo de aumentar el nivel de síntomas y conducir a la descompensación. A la vez es una población que puede beneficiarse de un proceso de atención que incorpore el acompañamiento en lo cotidiano orientado a consolidar y mantener la estabilidad clínica, habilitar y facilitar la inclusión socio familiar, mejorar la autonomía y la calidad de vida.

En el momento que transcurrimos las casas de medio camino pueden recibir ingresos de diferentes orígenes:

- Personas institucionalizadas por periodos prolongados en proceso de egreso e inclusión social.
- Personas provenientes de unidades de corta estadía que pasado el período de tratamiento hospitalario intensivo mantienen sintomatología o dificultades de funcionamiento que limitan su reintegro a la comunidad en forma sostenida, incluye personas con reingresos frecuentes.
- Personas provenientes de la comunidad en atención por un equipo comunitario de salud mental, que como consecuencia de cambios en la red de soporte sociofamiliar requiere un proceso de rehabilitación y desarrollo de autonomía para la vida diaria.

iii. Recursos humanos

El equipo a cargo de la atención en la Casa de Medio Camino debe asegurar la cobertura de las 24 horas los 365 días del año.

El equipo es responsable de la conducción técnica del proceso de rehabilitación de la población residente. La atención de la salud en consultas de urgencia y tratamiento ambulatorio se responderán con los recursos de salud disponibles para los usuarios del SNIS que residen en viviendas de la comunidad., a modo de ejemplo urgencia hospitalaria, atención domiciliaria, consultas de policlínica, etc.

El equipo incluirá personal para asegurar el funcionamiento básico de los servicios de la casa. Por tratarse de una estructura de rehabilitación y preparación para autonomía en la vida cotidiana, parte de las actividades necesarias al mantenimiento de la casa y a las tareas domésticas se realiza con la participación de la población usuaria por ejemplo en tareas de cocina, orden y limpieza de espacios personales y colectivos, mantenimiento de la higiene de sus pertenencias incluyendo la ropa.

La estimación de necesidades de recursos humanos se realiza para la atención de 15 a 20 usuarios/as.

Función	Perfil	Hs/ semana	Unidades
Coordinación	Lic. Enfermería o Lic. Trabajo Social	24	1
Lic. Enf	Experiencia de al menos 1 año en psiquiatría	24	1
Psiquiatra	Médico psiquiatra	10	1
Aux. Enf	Experiencia de al menos 1 año en psiquiatría	36	3
Aux. Servicio	Experiencia en el área de salud mental	36	1
Asistentes convivencia	Educador social Operador terapéutico, Experiencia en el área de salud mental	36	5
Psicólogo/a	Experiencia de al menos 1 año en psiquiatría	10	1
Trabajador/a social	Experiencia de al menos 1 año en psiquiatría	6	1
Cocinero/a	Experiencia en el área de salud mental	30	2

Bibliografía nacional

Aquines, Ems V., Romano S.; *Estudio de la prevalencia asistida en la Sala de Internación de la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel*; Jornadas psiquiatría 2000

Balseiro M., Bueno N., Nopitsch R., Moreira A.; *Análisis de la población ingresada con internación prolongada en Hospital Vilardebó en vistas al cierre nosocomial planteado en la nueva Ley de Salud Mental*; Rev Psiquiatr Urug 2020; 84(2):83-92 | doi: 10.46706/PSI/84.2.1

del Castillo R., Villar M., Dogmanas D.; *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*; Psicología, Conocimiento y Sociedad – 4, 83 -96 (noviembre, 2011) – Monográfico– ISSN: 1688-7026

Gomez Mauricio; *Informe Consultoría OPS/OMS, Dr. Mauricio Gómez Chamorro, Chile.*; Informe consultoría

Lopez Mesa G. Novoa G. Pedetti V.; *Pautas de funcionamiento interno para la Residencia con Apoyo*; Documento de Trabajo DSM y PV ASSE

Lopez Mesa G. Novoa G. Pedetti V.; *Consentimiento de Ingreso a la Residencia con Apoyo*; Documento de Trabajo DSM y PV ASSE

López Mesa G., Novoa G., Pedetti V., Porteiro M.F., Castejón M.; *Documento Técnico Residencia con Apoyo*; Documento de Trabajo DSM y PV ASSE

Montalban A.; *El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades*; Rev Psiquiatr Urug 2005;69(2):151-154

Novoa G., Ceroni C., López Mesa G., Araujo A., Pedetti V.; *Informe de los Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Red Asistencial de ASSE y de la C.H.P.P. Período 2012-2013*;

Pardo V., Del Castillo R., Blanco M., Etchart M.; *Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente*; Rev Psiquiatr Urug 2005;69(2):111-126

Pardo V., Del Castillo R., Perez D., Paladino F., Kaplan M.; *Evaluación de resultados de un programa de rehabilitación psicosocial integral (Centro de Día) para personas con trastorno mental grave y persistente.*; Rev Psiquiatr Urug 2014;78(1):13-30

Perez V., Rici G., Trindade A., Romano S.; *Descripción de la población asistida en la sala de salud mental del Hospital Maciel en un año*; Rev Psiquiatr Urug 2015;79(1):13-28

Pezzani G.; Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el hospital psiquiátrico Vilardebó; Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Colibri

Porciúncula H., Dogmanas D., Lapetina A., Usher A., Rossi G.; Documento de propuesta preliminar sobre los perfiles de los RRHH necesarios para la red de los dispositivos de Salud Mental; Documento de Trabajo Area Programatica de SM del MSP

Romano S.; Casa de Medio Camino San Carlos; Documento de Trabajo DSM y PV ASSE

Romano S., Lopez Mesa G. Novoa G. Pedetti V. Schulse M. Garcia M.; Plan funcional de la Red de Salud Mental ASSE Departamento de Maldonado Región Este; Documento de Trabajo DSM y PV ASSE

Romano S., Novoa MG, Gopar M., Cocco AM., Ureta C., Frontero G.; El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental; Rev Psiquiatr Urug 2007;71(2):135-152

Romano S., Porteiro M., Novoa MG, Lopez Mesa G, et col.; Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado*; Rev Psiquiatr Urug 2018; 82(1):22-42

Bibliografía internacional

Minoletti, Alberto, Zaccaria, Alessandra (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica;18(4/5) 346-358, oct.-nov. 2005. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900015

OPS Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Criterios para el desarrollo del Programa Residencial FAISEM

Caldas de Almeida J.M.; Torres González F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos - OPS Publicación Científica y Técnica No. 601, Washington DC 2005

Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

Anexo N° 10. Orientaciones para la adecuación de Proyectos de Centros de Salud Mental Comunitaria aportado por Irrazabal

Demanda Variable CESAMCO 25-11-2019 aportado por Irrazabal

Ministerio de Salud Chile 2018 Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria

MS Cáceres Vallejos A., Carniglia Tobar C., Flores L., Godoy M., Minoletti A., Oliva Zuñiga M., Palma Bielefeld C., Rojas Moreno I., Sepúlveda Silva G. Norma Técnica sobre hogares protegidos - Ministerio salud Chile Norma Técnica Residencias Protegidas

Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Ment aportado por Irrazabal

Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 Pag IGAS A.Lopez et G.Turan-Pelletier - Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 . <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>

Minsiterio de Salud Chile Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP)

Minoletti A., Calderón A.M. Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la Región de las Américas en La Reforma de los Serviciosde Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Cararas pag 68-89

Larrobla C. Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años Rev Psiquiatr Ur6ug 2007;71(2):125-134

Australasian Health Facility Guidelines Part B - Health Facility Briefing and PlanningAdult Acute Mental Health Inpatient Unit Australasian Health Infrastructure Alliance

Aparicio Tellería D., Bravo Ortiz Ma., de las Cuevas Castres C., Díaz Mújica AB., Eguiagaray M., de la Fuente Portero J., col - Hacia una Atención comunitaria de calidad - Cuadernos Técnicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

4. Anexos

a. Listado de visitas a dispositivos y entrevistas realizadas

Con el propósito de tener información amplia que fuera representativa de diferentes realidades territoriales e institucionales se seleccionaron dispositivos de prestadores públicos y privados de Montevideo y del interior región norte (Artigas y Paysandú) y este (Maldonado).

Dispositivos visitados:

Sala Hospital Maciel
Casa Buceo
Sala Hospital Paysandú
El Taller Paysandú
Sala Médica Uruguay
Sala Hospital de San Carlos
Sanatorio Asistencial de San Carlos
Casa de San Carlos

Entrevistas individuales:

Prof. Agda. Dra. Soledad Brescia - Psiquiatra Sala Hospital Maciel
Dra. Natalia Díaz - Psiquiatra Sala Hospital Maciel
Lic. Rosana Pelocche - Psicóloga Hospital Maciel
Aux. Enf. Gastón Gularte - Sala Hospital Maciel
Mag. Lic. Gabriela Novoa - Equipo Salud Mental Hospital Maciel
Mag. Lic. Geraldina Pezzanni, Psicóloga Hospital Vilardebó.
Mag. Lic. Rossina Machiñena - Directora Centro Martinez Vizca.
Dr. Ricardo Castelli Psiquiatra Artigas, Presidente API

Entrevistas Equipos:

Equipo Casa Buceo: Coordinadora: Lic. Enfermería, Natalia Alamón Auxiliar de Enfermería, Ana María García Lic.en T. Social, María Pallares Acompañante terapéutica, Valentina Cluzet Cocinero, Juan Pablo Cravea Auxiliar de limpieza, Alicia Machín Usuario: Richard Díaz

Equipo Salud Mental Paysandú: Prof. Adjto. Dr Sergio Oneto, Residente Dr. Enzo Giordano Postgrado Dra. Victoria Leoni.

Equipo El Taller Paysandú: Sandra Kanovich, Lic. Trabajo Social Alessandra Laenen, Dr. Enzo Giordano (Residente Psiquiatría)

Equipo Sala San Carlos: Lic. Mariangeles Díaz (Lic. Enfermería) Lic. Antonio Barrios (Psicología) Dr. Drek Mc Clew (Psiquiatría) Lic. Gabriela Soba (Trabajo Social)

Equipo Casa San Carlos: Lic. Elena Cesar (Enfermería) Lic. Gabriela Soba (Trabajo Social) Lic. Nastassja Orrego (Psicología)

Equipo Centro Psicosocial Sur Palermo: Lic. Reneé del Castillo (Psicología - Enfermería especializada SM, Dr. Vicente Pardo (Psiquiatría)

Expertos internacionales entrevistados:

Dr. Mauricio Gomez (Chile) . Consultor OPS para proceso de desinstitucionalización.

Dr. Domingo Díaz del Peral - (Almería - Andalucía - España)

b. Proceso de consulta del documento

Se entregó el documento de informe de la consultoría que se envió a diferentes actores claves del tema para su validación mediante una pauta construida en conjunto entre la autora y el Área Programática para la Atención en Salud Mental.

Los formularios de validación fueron enviados a las personas entrevistadas y a 24 instituciones, a quienes se les dio un plazo de tres semanas para la lectura del documento de referencia y el posterior llenado del formulario virtual. Se obtuvieron 14 respuestas de representantes de las siguientes instituciones: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Asociación de Psiquiatría del Interior, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Hospital Maciel, Clínica Psiquiátrica de Facultad de Medicina - UdelaR, Secretaría Nacional de Drogas, Facultad de Ciencias Sociales UdelaR, Facultad de Psicología UdelaR, INAU - Programa Intervenciones Especializadas, Federación CAMINANTES, Grupo de la Esperanza - Colectivo por Salud Mental Integral y Proyecto comunicacional participativo Vilardevoz, Hospital Vilardebó.

El procesamiento de dichos formularios estuvo a cargo del Área Programática para la Atención en Salud Mental. Se elaboró un informe de síntesis que replicó respuestas textuales de los formularios tal cual las plantearon los consultados, manteniendo el anonimato de los mismos, que fue entregado a la consultora para revisión del documento e incorporación de los aportes en esta versión final.