

**Aportes para la mejora de la atención
de salud mental de niños, niñas
y adolescentes en Uruguay.
Hacia un cambio de modelo
intersectorial, comunitario y basado
en derechos humanos.**

**Informe de cooperación técnica
OPS/OMS | UNICEF Uruguay**

2024

Autores del Informe

Dra. Gabriela Garrido

Médica, Especialista en Psiquiatría Pediátrica

Master en Trastornos de Espectro Autista

Se desempeña como Profesora Titular de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina. Universidad de la República (Udelar), Uruguay

Integrante del Consejo Honorario y Consultivo de Derechos del Niño, Uruguay

Coordinadora del Comité Institucional de Ética en Investigación del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay

Dra. María José Bagnato

Lic. en Psicología. Universidad de la República (Udelar), Uruguay

Dra. en Psicología por la Universidad de Salamanca

Se ha desempeñado como Directora del Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social en Uruguay (2011 - 2015) y como Decana de la Facultad de Psicología (2015 - 2019) de la Universidad de la República.

Actualmente es Profesora Titular del Instituto Fundamentos y Métodos, y Directora del Centro de Experimentación e Innovación Social (CEIS) de la Facultad de Psicología en la Universidad de la República, Uruguay

Lic. José Luis Priore

Lic. en Enfermería

Especialista en Gestión de Salud

Magíster en Políticas Públicas y Derechos de Infancias

Se ha desempeñado como Adjunto a la Dirección de Salud Penal adultos (2005-2010) y como Director General de Salud Penal Adolescente (2015-2020).

Actualmente forma parte del Programa de Enfermedades no transmisibles en la Dirección General de la Salud (DIGESA), Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Docente e Investigador.

Dra. Elizabeth Raffaele

Médica. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Diplomada en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay

Se ha desempeñado en diversos ámbitos gubernamentales de gestión de Uruguay, entre ellos, el Ministerio de Salud Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Facultad de Medicina de Udelar. Actualmente se desempeña como Referente Técnico en la Gerencia Asistencial de ASSE y Referente de Proyectos en la Facultad de Medicina de la Udelar.

Dra. Natalia Tailanian

Médica, Especialista en Psiquiatría Pediátrica

Psicoterapeuta Cognitivo Conductual. Diplomada en Psicofarmacología

Se ha desempeñado como docente de Psiquiatría Pediátrica Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar), Uruguay.

Actualmente es integrante de Equipo de Violencia de Hospital Central de las FFAA.

Dra. Lucia Villalba

Psiquiatra pediátrico

Diplomada en psicofarmacología

Se ha desempeñado como Asistente de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar), Uruguay

Médico Psiquiatra en Sociedad Médico Universal

Apoyo desde OPS/OMS

Dr. Wilson Benia. Oficial Nacional en Sistemas y Servicios de Salud. Oficina de la OPS/OMS en Uruguay

Lic. Camila Solis. Oficial Técnico en Salud Mental. Oficina de la OPS/OMS en Uruguay

Dr. Matías Irrarrázaval. Asesor Regional de Salud Mental y Uso de Sustancias. OPS/OMS

La presente publicación corresponde al Informe Final de la consultoría realizada por los autores en el marco de una cooperación conjunta entre la Oficina de la OPS/OMS en Uruguay y UNICEF. El desarrollo de este documento ha contado con instancias de intercambio con el Instituto del niño y adolescente del Uruguay (INAU), la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Uruguay, y con el apoyo técnico de la Unidad de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la OPS/OMS.

Abreviaciones utilizadas	5
1. Introducción.....	8
2. Objetivo General.....	13
2.1 Objetivos específicos.....	14
3. Marco Referencia.....	14
3.1 Niñez, ciudadanía y derechos.....	14
3.2 La categoría salud-enfermedad.....	16
3.2.1 Clasificaciones de Enfermedades Mentales y de Funcionamiento	16
3.2.2 Modelo de atención en SM	18
3.2.3 Función del diagnóstico	19
3.2.4 Discapacidad y SM	21
3.2.5 Grupos en intersecciones de vulnerabilidad.....	21
3.2.6 Autonomía progresiva y toma de decisiones.....	22
3.3 Estrategia de redes de atención en salud.....	22
3.3.1 Principales características de las redes de servicios de atención.....	23
3.3.2 La estrategia de redes en SM.....	24
3.3.3 Red de atención con unidades de complejidad creciente y diseño de procesos asistenciales para un conjunto priorizado de situaciones clínicas.....	25
4. Contexto Nacional	28
4.1 Sistema de Salud en Uruguay	28
4.2 Salud mental en Uruguay	29
4.3 El INAU	30
4.3.1 Estructura del INAU en el apoyo a NNA y sus familias.....	30
4.3.2 Caracterización de la población de NNA vinculados al INAU	32
4.3.3 Caracterización de los problemas de salud mental en NNA institucionalizados.....	33
4.3.4 Respuesta institucional de Inau a las situaciones de sufrimiento de SM de NNA.....	34
4.4 Panorama de tipos de dispositivos de nuestro país	36
Descripción de los Dispositivos dedicados a la atención de la Salud Mental de NNA.....	39
4.4.1 Dispositivos abiertos	39
4.4.2 Dispositivos cerrados.....	47
4.4.3 Distribución geográfica nacional de dispositivos de atención en salud mental a NNA.....	52
4.4.4 Coordinaciones: referencia y contrarreferencia	53
4.4.5 Recursos Humanos de todo el sistema	54

5. Conclusiones:	59
6. Recomendaciones y propuestas	63
6.1 Propuestas de dispositivos de atención intermedios para fortalecer la red de atención.....	63
6.2 Propuestas transversales a los diferentes dispositivos de atención.....	68
6.3 Propuestas para consentimiento informado y la información para la anuencia de NNA.....	69
6.4 Consideraciones del cuidado a quienes cuidan: el equipo de trabajo	70
6.5 Propuestas para el progreso de dispositivos de corta y mediana estadía.....	73
6.5.1 Unidades de hospitalización de corta estadía para niños con problemas de salud mental (CCE)	73
6.5.2 Centros de mediana estadía (Medio Camino o Atención Integral en Salud Mental)	85
6.6 Plan Integrado de Atención (PAI).....	89
7. Anexos	96
7.1 Metodología:	96
7.1.1 Búsqueda Documental.....	96
7.1.2 Entrevistas	96
7.1.3 Relevamiento de datos sobre centros:.....	96
7.1.4 Intercambios con contraparte de INAU.....	97
7.2 Antecedentes institucionales de amparo de NNA en nuestro país.	97
7.3 Esquema de tipos de dispositivos de nuestro país	99
7.4 Tablas de datos relacionados con población infantil en Uruguay, vínculo con INAU y proyectos....	102
8. REFERENCIAS.....	113

Abreviaciones utilizadas

ANEP: Administración Nacional de Educación Pública

ASSE: Administración de servicios de salud del estado

AYEX: Ayudas extraordinarias del BPS

BPS: Banco de Previsión Social

CAIF: Centro de atención a la infancia y a la familia

CCE: Centro de corta estadía

CDN: Convención de los Derechos del Niño

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell

DD. HH: Derechos humanos

DIME: Dificultad de inserción en el medio educativo

ECSM: Equipos comunitarios de salud mental

ETAF: Equipos territoriales de atención familiar

IAE: Intentos de autoeliminación

IAMPP: Instituciones de asistencia médica privadas IFES: Instituto de Formación de educación Social

INAU: Instituto del niño y del adolescente de Uruguay INE: Instituto nacional de estadías

INDDHH: Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

MSP: Ministerio de Salud Pública

MTI: Maltrato infantil

NNA: Niños y adolescentes

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organizaciones no gubernamentales

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RRHH: Recursos Humanos

SM: Salud Mental

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

UCC: Uruguay crece contigo

UDELAR: Universidad de la República

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

En el proceso de redacción de este documento, los autores se propusieron favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, pero evitando al mismo tiempo una recarga en la lectura como consecuencia del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización del masculino como género no marcado, además de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible.

1. Introducción

En el Día Mundial de la Salud Mental en 2003, la Organización Mundial de Salud (OMS) estimaba que más del 20% de los niños padecen, a lo largo de su vida, una enfermedad mental y que globalmente los trastornos mentales afectan entre un 10 – 20% de niños y jóvenes menores de 18 años. A diferencia de concepciones previas sobre la aparición más tardía de los problemas mentales, se comienza a visualizar que aproximadamente un 50% de las enfermedades del adulto comienzan en esta franja de edades (1,2). Por otra parte, en el informe de Uruguay al Proyecto atlas, 2004, en su versión para Niños y Adolescentes (3), se muestra la falta de datos sobre la prevalencia de Enfermedades Mentales, necesidades y acceso a servicios de atención en Salud Mental Infantil. Se consigna la escasez de centros especializados para el tratamiento de las dificultades del desarrollo y otros problemas emocionales y comportamentales en la infancia, centros de rehabilitación y ausencia de servicios de internación para niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos agudos.

El Primer Estudio Epidemiológico sobre la Salud Mental de los escolares en Uruguay, realizado por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Facultad de Medicina, en el 2006, mostró una prevalencia de problemas emocionales y comportamentales de 21,9% en niños de 6-11 años de todo el país (4). Estas cifras nos ubican dentro del grupo de países con alta prevalencia de problemas de salud. En vistas a diseñar políticas de salud, en 2008, el informe publicado en los Cuadernos de Salud de la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia 2010-2030 (ENIA) (5), afirmaba que los problemas del desarrollo, de los aprendizajes, el maltrato infantil y la salud mental, se ubican dentro de los principales problemas de salud de la población infantil y adolescente en nuestro país (6). Además, el “Plan de Salud Mental de 1986” incorporaba conceptos novedosos sobre la forma de comprender y atender la Salud Mental y contaba con un componente referido a la infancia. Este plan tuvo poco impacto en cuanto a la implementación de políticas en la siguiente década, pero dio una base teórica de referencia para algunos cambios que se sucederían más adelante.

Desde la Declaración de Alma Ata hasta la actualidad, los numerosos lineamientos han marcado la necesidad de implementar una estrategia de abordaje a la atención de salud basada en la APS —que debería incluir a la salud mental como parte de una atención integral—; esta estrategia implica no solo la transformación del modelo hospital-médico-céntrico en la relación con el paciente —incrementado en el caso de NNA como sujetos históricos carentes de autonomía— sino además, integrar el concepto de descentralización de los servicios efectores para garantizar la transformación del modelo, acercarlos a los usuarios y hacerlos accesibles. En un breve

recorrido acerca del proceso de descentralización de la atención en SM para NNA en nuestro país de los últimos 40 años se pueden destacar cuatro hitos:

a) La descentralización de la atención. Con el cierre de uno de los hospitales de agudos para adultos de Montevideo, el Hospital Psiquiátrico Musto, y la creación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental en el sector público de todo el país, a partir de 1997, se inicia un proceso de descentralización de la atención en Salud Mental. En el diseño de estos equipos de Salud Mental, se incorporan recursos humanos para la atención de los problemas emocionales y comportamentales de la población infantojuvenil, incluyendo psicólogos infantiles y psiquiatras de niños y adolescentes. La consideración de la población infantil en este modelo tenía como objetivo ofrecer una atención temprana para aquellos problemas emocionales y comportamentales que surgen en la infancia y adolescencia, como forma de prevenir su consolidación posterior, a lo largo de la vida. La presencia de estos equipos comunitarios de salud mental (ECSM) en todo el país, permitió visibilizar la magnitud de los problemas de salud mental (SM) en niños y adolescentes, que llegaban a las consultas con importantes niveles de daño, fenómenos como la violencia de género y el MTI, el desfase entre los programas educativos formales y la realidad de las infancias, los problemas por abuso de sustancias, etc. Se comienzan a implementar acciones fuera del ámbito del consultorio. Se desarrollan así diversidad de experiencias de trabajo integrado entre el sector de salud y educativo, programa de los Centros de Atención a la Infancia y a la Familia (CAIF), las ONG vinculadas a infancia, los centros de INAU y posteriormente con los Equipos de cercanía a las familias. (ETAF, UCC, etc.). En respuesta a problemas de salud mental complejos y multideterminados, con un importante peso de los determinantes sociales de la salud, se comienzan a construir “redes”, aun sin marcos normativos ni mandatos institucionales. Si bien estas experiencias no han sido suficientemente sistematizadas, e incorporadas en los prestadores privados, fue generando una trama de vínculos y aprendizajes basados en la interdisciplina, la intersectorialidad y lo comunitario, que fue generando un terreno social propicio, para el proceso de construcción de la Ley de Salud Mental. A pesar de estos avances, no se profundizó en la incorporación de otras disciplinas vinculadas al desarrollo y la Salud Mental en la infancia y la adolescencia en los equipos comunitarios de salud mental, quedando limitados a la psiquiatría y psicología en un número limitado de recursos, lo que limitó la incorporación de tratamientos psicoterapéuticos y de habilitación/rehabilitación de funciones superiores (lenguaje, psicomotricidad, comunicación social y otras cogniciones superiores, etc.), comprometidas tempranamente en muchos niños en contextos de vulnerabilidad social, así como la carencia de dispositivos para atención de

situaciones agudas. A excepción del Programa DIME, para la atención de niños con dificultades en la adaptación en el Medio Educativo en territorio, y algunas Unidades de atención para problemas específicos como los Trastornos de Espectro Autista y Conductas Suicidas a nivel hospitalario, no se crearon a nivel público otros dispositivos. La atención de las situaciones agudas que no pueden ser resueltas en hospitales generales, están hoy en manos de privados, que brindan el servicio a través de convenios con los prestadores de salud -prestadores privados y la Administración de servicios de salud del estado (ASSE)- y con INAU. Se detectan en estas modalidades de servicios la falta de estándares establecidos por el órgano rector de salud, así como un monitoreo de la calidad de los mismos.

b) El Plan de Prestaciones en Salud Mental 2011. Se incorpora por primera vez, dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el componente de Salud Mental, como una prestación obligatoria para todos los prestadores de salud. Esta decisión determinó la incorporación de otras disciplinas vinculadas a la Salud Mental, integrando equipos interdisciplinarios y se establecen distintos “Modos de atención”, con niveles diferenciales de complejidad y poblaciones objetivo. Estas nuevas prestaciones no contemplan en su totalidad los principios del SNIS en cuanto a la universalidad y equidad de estos servicios, ya que a excepción de las prestaciones del Modo¹ 1, tienen un costo extra para las familias. Estos se han desarrollado principalmente en el ámbito de las instituciones de asistencia médica privadas (IAMPP) pero insuficientemente en el sector público. Asimismo, la interdisciplina específica para la infancia y los problemas del desarrollo y las intervenciones fue pobremente considerada. Queda así, la atención de los problemas prevalentes del desarrollo, aprendizajes, emocionales y comportamentales, en la “modalidad 3”, con pocas ofertas de servicios basados en evidencia y por tiempos muy limitados. Finalmente, este tipo de prestaciones las brindan los Centros Privados con

¹ El plan de implementación de prestaciones en salud mental del SNIS establece, como nuevas formas de atención, tres MODOS de abordaje en SM para los usuarios de todas las edades y que todos los prestadores integrales deben asegurar. Para NNA comprenden: MODO 1, atención en grupo con carácter gratuito y hasta 12 sesiones anuales para cada usuario; MODO 2, atención individual, grupal o de familia, de hasta 24 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido y, MODO 3, atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al establecido en el nivel 2. En situaciones de discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista, la prestación podrá extenderse a 144 sesiones (7)

convenios con el Banco de Previsión Social. Si bien esta Red de Centros Interdisciplinarios tiene importantes fortalezas en nuestro país, por su integración interdisciplinaria, y presencia en todo el territorio nacional, no cuentan con estándares para las atenciones que se brindan, ni un monitoreo desde el organismo rector en salud, siendo la oferta muy heterogénea (7).

d) Proceso de construcción de la Ley de Salud Mental. Confluyen en este proceso multiplicidad de factores, tales como la necesidad de modificación de la legislación vigente de 1936, la necesidad de incorporar en la legislación los marcos internacionales de Derechos Humanos (DD. HH.), la modificación de los modelos de atención en salud mental con un enfoque de recuperación y anclaje comunitario, reconociendo la singularidad de los procesos en Uruguay y los aportes de los conocimientos y experiencias en otros países de la región, a nivel internacional y las recomendaciones de la OPS y las consultas con el movimiento asociativo de usuarios y familiares. Si bien hubo un trabajo previo desde distintos colectivos profesionales, del movimiento asociativo de usuarios y familiares, y desde dispositivos existentes, con la convocatoria realizada desde el MSP se logra un proceso de consulta y participación amplio que se concreta con la promulgación de la Ley 19529 en agosto de 2017. A pesar de que en casi todos los componentes de la ley hay mención a la población de NNA, la misma presenta carencias en cuanto a la consideración de los componentes específicos de Derechos de NNA, quedando muy centrada en la población adulta con enfermedad mental grave. Esto queda consignado en el Documento del Grupo de Trabajo en Salud Mental del Consejo Consultivo Honorario de Derechos de Niñez y Adolescencia, que en los aportes para el proceso de reglamentación de la Ley y el Plan de Salud Mental, recomienda: “Es relevante que la reglamentación avance en una conceptualización específica de la salud mental de niños, niñas y adolescentes como personas situadas en un contexto determinado y en etapas específicas de desarrollo, diferentes a su vez en la infancia y en la adolescencia.” Algunos de estos componentes y sugerencias en cuanto a los dispositivos de atención para NNA fueron considerados en la Ordenanza 1488 de 2019. Desde 2019, Uruguay cuenta con un Plan Nacional de Salud Mental como marco para avanzar en la concreción de los lineamientos de la Ley 19.529 de Salud Mental, que orientan hacia un abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario de la atención de la salud mental de la población. Este marco brinda la oportunidad de aunar esfuerzos para avanzar en la conformación de una red de atención en Salud Mental y una mejor complementación de acciones desde la intersectorialidad. Requiere del diseño de una red con dispositivos alternativos a las hospitalizaciones y apoyos para la inclusión educativa, familiar y social, a la vez que el

despliegue de acciones de prevención en todos los niveles para restringir las necesidades de hospitalización de 24 horas, en aquellos cuadros severos en los cuales otros dispositivos alternativos previos, no son suficientes. En ese marco es relevante impulsar iniciativas para la mejora de la atención de salud mental de niñas, niños y adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos.

e) Estándares de derechos humanos para la evaluación del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes. Dentro de lo que debe abordar la salud mental de NNA, requiere una especial atención la situación de niños, niñas y adolescentes que viven situaciones de encierro por problemas de salud mental y discapacidades. La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, junto con UNICEF a través del Mecanismo de Prevención (2020), documentan la situación de vulnerabilidad en que se encuentra esta población, en varios casos constatando una flagrante violación a los derechos humanos de estos NNA (8). Quedan en evidencia diferentes niveles de praxis que atentan contra los derechos al cuidado y protección, así como de la atención y promoción de la SM de NNA que se encuentran residiendo en clínicas de SM, más allá de los plazos legalmente permitidos. Las dimensiones analizadas, evidencian la presencia de violencia institucional en algunas de las instituciones evaluadas, que se plasma en malos tratos, descuido emocional, castigos, reacciones violentas del personal hacia NNA, así como medidas de contención de crisis inapropiadas ya sea “psicoemocionales, farmacológicas o mecánicas”. Es importante señalar la relevancia de este documento por su contenido, pero además porque permite tanto a la INDDHH, UNICEF y la OPS (2022) avanzar en la formulación de estándares que garanticen los derechos de NNA. La formulación de estándares representa un avance significativo, en la medida que parte del diagnóstico de situación que da visibilidad en la necesidad de avanzar hacia un sistema de protección integral a las infancias y adolescencias con un foco específico en salud mental. Permite, además, repensar los dispositivos de atención de 24 horas, acorde a los postulados de la Ley de SM y la Convención sobre los derechos del Niño (CDN), así como redimensionar la responsabilidad del Estado, la institucionalidad y la interinstitucionalidad necesaria para dar cumplimiento al marco normativo. El documento presentado sobre los estándares propone dimensiones, modelos y criterios para la evaluación y monitoreo de servicios de salud mental dirigidos a infancias y adolescencias. Su importancia, además, radica en que las dimensiones propuestas se basan en derechos fundamentales: a vivir en condiciones adecuadas, a la salud, a la libertad y a la seguridad, a ser protegido contra la tortura, malos tratos y explotación, y a vivir con autonomía y en comunidad. En el proceso de consulta posterior a la publicación

mencionada, se proponen ajustes al instrumento original de OMS -elaborado inicialmente para población adulta- para NNA, y se acuerda en la necesidad de avanzar en la elaboración de indicadores que contemplen el tipo de dispositivo de SM que se está evaluando. Estos avances, junto con el compromiso interinstitucional, nos permitiría contar con una herramienta de monitoreo de DDHH de NNA que reciben atención en centros de SM de distintos tipos, basada en estándares validados para nuestro país.

A partir de estos hitos, el presente documento se constituye como una base teórica de análisis y de propuestas sobre la forma de comprender y abordar la SM de NNA en situación de vulnerabilidad, buscando, desde una perspectiva de derechos y sobre la base de la atención en estrategia de APS, elaborar recomendaciones e insumos que permitan contribuir a la generación de acuerdos interinstitucionales amplios y participativos que contemplen los estándares de cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes.

La Representación de OPS/OMS en Uruguay ha venido apoyando el proceso de implementación de los lineamientos de la Ley de Salud Mental N.º 19.529 de 2017, que establecen las disposiciones para la transformación del sistema de atención en Salud Mental en el marco del SNIS. Asimismo, se ha contribuido a la reglamentación de dicha ley y al diseño del Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) con las orientaciones para los principales cambios.

Es en este contexto es que se establece la presente consultoría desde OPS, teniendo como contraparte al INAU a través de la Dirección de Servicios Especializados, dando continuidad al apoyo de OPS en la incorporación de los principios de la Ley de Salud Mental en las modalidades de atención a poblaciones específicas como es el caso de la Infancia y Adolescencia con problemas de Salud Mental en situación de amparo.

2. Objetivo General

Contribuir a la mejora de la SM como parte de la salud integral en las modalidades de atención a poblaciones específicas como es el caso de la infancia y adolescencia en situación de amparo, buscando promover el cambio de modelo de atención de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Ley de Salud Mental y con el apoyo de OPS/OMS Uruguay, basado en un abordaje interdisciplinario, intersectorial, comunitario y desde una perspectiva de derechos humanos.

2.1 Objetivos específicos

1. Elaborar recomendaciones de medidas alternativas a las medidas de internación 24 horas, en centros de salud mental o áreas específicas en centros polivalentes.
2. Elaborar criterios de ingreso a centros de salud mental de corta estadía y centros de medio camino para niñas, niños y adolescentes considerando la existencia de redes de atención de menor a mayor complejidad y propuestas de planes de egreso sustentables.
3. Elaborar insumos para una propuesta de red de atención en SM de NNA partiendo de la capacidad instalada y proyectando las aplicaciones de la ley y el plan nacional de SM.

3. Marco Referencia

3.1 Niñez, ciudadanía y derechos

Los conceptos de ciudadanía y derechos en los individuos han sido producto de una construcción histórica en las que comparten actitudes, costumbres y valores, en la búsqueda de un nivel de bienestar básico e igualitario en toda la sociedad (9). Sin embargo, siempre han operado factores que inciden en que ese nivel de bienestar mencionado, no se dé por igual en todos los miembros de una sociedad (10).

Acompañando esta evolución del colectivo social, también se han construido diferentes visiones de la infancia como fenómeno cultural. (11,12). Estos variados conceptos de la «categoría infancia» se han caracterizado por primar el control social por parte de los adultos: familias, escuelas o instituciones estatales o religiosas han intervenido históricamente en la vida de NNA desde un paradigma de «protección», generando dependencia del niño al adulto y procesos de disciplinamiento, en donde los adultos han definido el mejor interés de NNA y decidiendo qué es lo mejor para ellos (13). Asimismo, estos procesos de crianza han transcurrido por dos caminos: el de las «infancias propiamente dichas» (los que crecen en entornos de sus familias o figuras adultas referentes), y el de la «minoridad» (NNA que han transcurrido sus infancias a través de instituciones de caridad o estatales (14). Este concepto de protección integral tuvo una modificación a partir de la CDN y su ratificación por parte de nuestro país (15), que establece un nuevo paradigma que centra a NNA como sujetos de derecho, es decir, personas titulares de derechos, protagonistas de sus vidas y con poder para «formarse una opinión propia y ser partícipes de todas las decisiones que los afecten, en función de su edad y madurez». Se establece, además, la obligación de los estados parte en cumplirla y que en nuestro país se

desarrolla a través del INAU. Sin embargo, en nuestro país, pese a los nuevos compromisos asumidos en los últimos años, la infantilización de la pobreza ha ido en aumento a pesar de la reducción de la pobreza a nivel general (16), generando violencia estructural y haciendo necesario estrategias efectivas para la disminución de esta brecha distributiva que limita oportunidades y un desarrollo equitativo de NNA (17).

Dentro de estas inequidades, la salud y, específicamente, la SM en NNA requieren especial consideración. La OMS ya estimaba que más del 20% de los niños habían padecido a lo largo de su vida una enfermedad mental y que, globalmente, los trastornos mentales estaban afectando entre un 10–20% de menores de 18 años (18). Además, NNA han sido uno de los grupos que mayores consecuencias ha tenido por la pandemia de covid-19 (exposición a efectos físicos y mentales, cambios abruptos por el cierre de escuelas, jardines de infantes y centros de cuidado, limitaciones de movilidad, actividades de recreación, contacto con otros niños y acceso a servicios de protección y garantías de derechos), sin considerar las consecuencias a mediano y largo plazo en los procesos de aprendizaje, la salud mental, el aumento de la pobreza infantil y el riesgo de ser víctimas o testigos de violencia (19,20). La «crisis global de los derechos de la niñez» ha provocado trastornos significativos en las familias, las comunidades y las rutinas cotidianas (21). La pandemia de covid-19 ha afectado a NNA de tres maneras principales: 1) por la infección del propio virus; 2) por las repercusiones sociales y económicas de las medidas tomadas, como el control, la contención y la mitigación; 3) por los efectos a largo plazo, como la recesión económica y el retraso en los progresos hacia el logro de los ODS (18). A nivel nacional, a pesar del cierre prolongado de servicios de salud en el PNA, los ingresos hospitalarios se mantuvieron en el primer año y continúan mostrando una tendencia a incrementarse, con situaciones de mayor complejidad clínica y alta presencia de maltrato infantil y conductas suicidas con presentaciones diversas [18].

Estos aspectos cobran relevancia en el caso de la atención de NNA con sufrimiento psíquico, que requieren apoyos institucionales para alcanzar adecuados niveles de bienestar y el ejercicio de sus derechos en salud. Para ello es importante desarrollar buenas prácticas de atención en salud mental, y contar con un repertorio de herramientas y documentos de referencia, que impulsen una mejora en la prevención de padecimientos en el campo de la salud mental y su tratamiento desde una perspectiva de derechos. En ese marco es relevante impulsar iniciativas para la mejora de la atención de salud mental de niñas, niños y adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos.

Además, el documento de trabajo presentado por la INDDHH en 2021 (8) releva, entre otros aspectos, que las prácticas de atención en SM de NNA se centran principalmente en una orientación biomédica, con escaso enfoque de prácticas socioeducativas y comunitarias, y en

donde en la internación prima el exceso de control por períodos prolongados y en contextos que ponen en evidencia el riesgo de sufrir malos tratos, abuso y violencia. A su vez, el informe plantea 5 desafíos de intervención para la mejora de la atención en SM de NNA desde una perspectiva de derechos: a) evitar y prevenir toda forma de maltrato en los centros de atención en salud mental, b) evitar y prevenir la privación de libertad ilegítima o arbitraria, c) abordar la SM desde una mirada integral, comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial d) garantizar que todos los NNA sean informados y participen en las decisiones que les conciernen, e) transitar hacia un sistema de protección integral que integre la SM desde la perspectiva de derechos humanos.

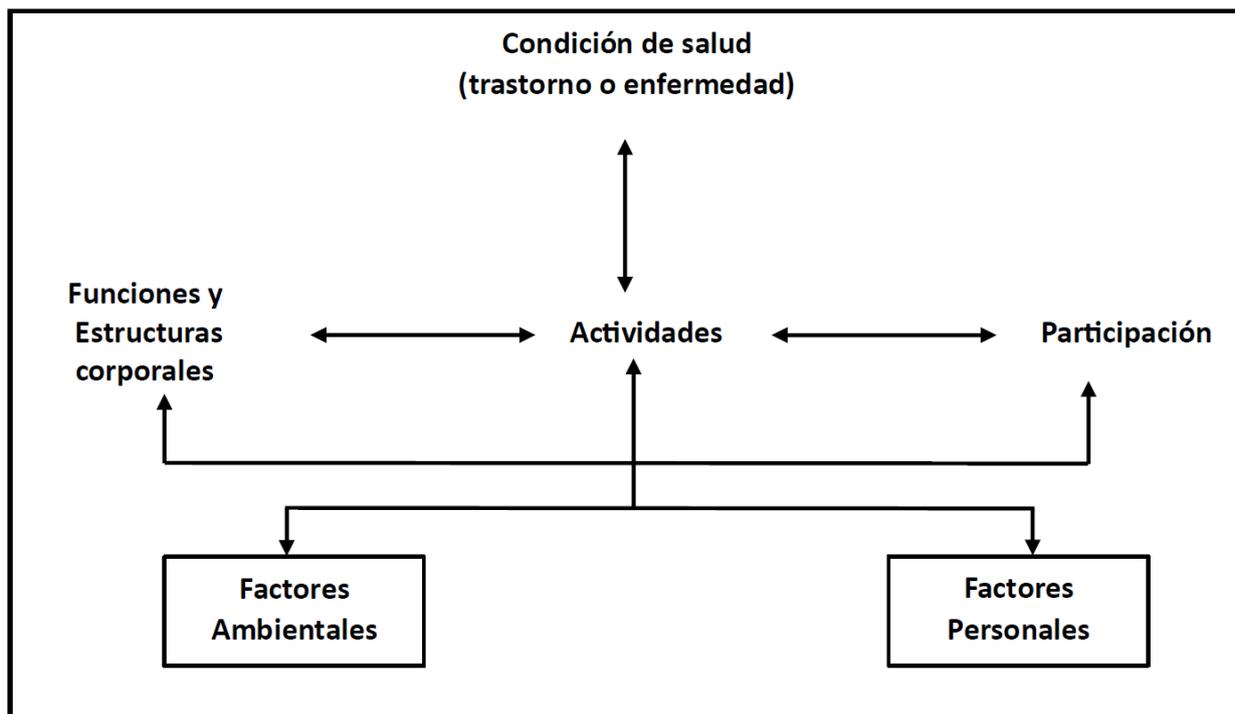
3.2 La categoría salud-enfermedad

Las categorías salud-enfermedad pueden ser definidas como las circunstancias en la salud de las personas que se presentan de forma más o menos persistente y que exigen respuestas sociales reactivas o proactivas, eventuales o continuadas y fragmentadas o integradas de los sistemas asistenciales, siendo fundamental su atención porque solo se agrega valor para las personas en los sistemas de salud cuando se enfrenta una condición de salud mediante un ciclo completo de atención a ella (17). Tradicionalmente, existe una clasificación de los procesos de enfermedad entre transmisibles y crónicas no transmisibles. Si bien esta terminología resulta útil en epidemiología, no es adecuada en la organización de sistemas de salud, donde se prefiere, según la OMS, utilizar condiciones agudas y condiciones crónicas (22,23). Las condiciones agudas, que tienen habitualmente un curso corto y se autolimita, en general, son manifestaciones de enfermedades transmisibles de curso corto, infecciosas, quirúrgicas o traumáticas que resuelven rápidamente en el curso de días o semanas.

3.2.1 Clasificaciones de Enfermedades Mentales y de Funcionamiento

Existen numerosos instrumentos que permiten categorizar las enfermedades mentales. La OMS cuenta con una familia de clasificaciones, dentro de ellas las de enfermedades, como la CIE 10-11, centradas en los déficits y síntomas que permiten definir criterios diagnósticos y categorías en todos los campos de la medicina, incluidos los problemas mentales y del desarrollo. Por otra parte, existe también la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Academia Americana de Psiquiatría, (DSM-5) en el que se caracterizan las actualizaciones basadas en evidencia científica de la literatura internacional, y contribuciones de expertos en la materia en su versión revisada; además, DSM-5-TR, incluye una revisión comprensiva del impacto de fenómenos culturales en el diagnóstico y la manifestación de enfermedades mentales. Su utilidad clínica y de investigación es fundamental para poder hablar un lenguaje en común entre clínicos, investigadores, y proveedores de servicios de salud, al

momento de clasificar enfermedades, establecer diagnósticos, tratamientos y pronósticos evolutivos. Otro instrumento es la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* (24), que pertenece a la familia de clasificaciones de la OMS. En este sentido, la OMS a través de la CIF, se posiciona desde un paradigma de funcionamiento, superando concepciones anteriores centradas exclusivamente en el déficit, entendiendo la SM Como una “relación compleja entre la condición de salud y los factores contextuales”, y en donde la intervención en uno de los factores puede modificar uno o más de los otros componentes (fig.1).



Fuente:
 FIG.1. DIAGRAMA DE FUNCIONAMIENTO DE UN INDIVIDUO EN UN DOMINIO ESPECÍFICO. OMS, 2003

En el caso de las funciones mentales en NNA, se “incluyen las funciones mentales de atención, memoria y percepción, así como las actividades relacionadas con el juego, el aprendizaje, la vida familiar y la educación en distintos ámbitos” (24). Este paradigma de la discapacidad ofrece una visión que quita el foco en el déficit para ubicarlo en el funcionamiento. Por otro lado, como clasificación, es descriptiva de las dimensiones involucradas, lo que permite ofrecer una guía para los distintos profesionales de la salud que se centran en el NNA, pero otorgando en igual medida una pauta de observación y clasificación del contexto en cuanto a los entornos que favorecen o no el desarrollo.

3.2.2 Modelo de atención en SM

Considerando las características de la población, y en el marco del accionar establecido en las recomendaciones sanitarias de la OPS-OMS y el SNIS, debe tenerse en cuenta como estrategia fundamental de abordaje de la atención en SM —Como parte integrante de un concepto de salud integral—, un modelo que pondere la promoción de salud y la prevención de enfermedad con una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), priorizando el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de ingreso al sistema y a su vez integrando y formando parte de una red de servicios con acciones y acuerdos interinstitucionales que aseguren y garanticen la continuidad asistencial. Este enfoque ponderando el primer nivel asistencial debe, además de actuar como puerta de entrada receptiva al sistema, incluir los aspectos activos de una estrategia de APS, que incluyen la vigilancia no solo de los individuos en la comunidad, sino también de sus determinantes sociales en salud (observación de factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales), que en el caso de NNA se extiende a sus entornos familiares y educativos. Además, si bien la estrategia de abordaje debe contemplar todo lo expuesto anteriormente, los procesos de SM en los individuos no cursan de igual forma que otros procesos de salud-enfermedad, dado que a los aspectos vinculados a los determinantes de salud debe agregarse la singularidad del proceso mental del individuo en su medio, que implica una respuesta individual para cada caso. Por tanto, esta red de atención en SM debe sostenerse en una red de recursos diversos (no solo asistenciales), que respondan a todas las necesidades de los NNA, y que actúe no solo sobre los déficits y discapacidades (una perspectiva de enfermedad), sino también a partir de sus fortalezas, capacidades, aspiraciones (una perspectiva recuperación) con un rol participativo en la toma de decisiones en los diferentes momentos, tal como la Ley de SM lo establece. Son los aspectos más relevantes de la ley el abordaje integral (art. 15), el enfoque comunitario de atención, interdisciplinario e intersectorial (art. 17), los equipos del PNA como referentes del proceso asistencial (art. 19) y, también, dispone un proceso de desinstitucionalización, mandatando el cierre progresivo de las estructuras monovalentes y asilares, sustituyéndolas por dispositivos alternativos, estableciendo como plazo el año 2025 (artículos 37 y 38) (25).

Este modelo debe apuntar a fortalecer el primer nivel de atención y las estrategias deben estar enfocadas para que tenga la capacidad de gestionar y resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención, pero asegurando el acceso a los niveles subsiguientes sobre la base de una coordinación de referencia y contrarreferencia entre el ámbito comunitario y hospitalario. El cometido fundamental de la Ordenanza 1488/19 es describir y detallar aquellos dispositivos intermedios entre el ámbito comunitario y la hospitalización. Esta estrategia se sustenta en considerar las potencialidades del continuo de complejidad en el abordaje, dado que tanto los

dispositivos comunitarios como la atención hospitalaria han demostrado no ser suficientes de forma aislada. Dichos dispositivos requieren articulación de acuerdo a las fortalezas y debilidades de cada uno: así como el primer nivel presenta las fortalezas de accesibilidad y aceptabilidad se encuentra, por otra parte, los servicios hospitalarios presentan fortalezas en los tratamientos de crisis intensas y puntuales propias de los episodios agudos, pero limitaciones en cuanto a la continuidad de la atención, seguimiento de personas en sus entornos a largo plazo, y su reinserción en la comunidad. En consecuencia, si bien el modelo debe considerar un enfoque equilibrado y complementario de los niveles asistenciales, debe establecerse con énfasis en la APS, es decir, debe apuntar a reforzar la inversión de recursos en los dispositivos comunitarios y alternativos con distintos niveles de complejidad la atención de SM DE NNA y sus entornos familiares para evitar todas aquellas hospitalizaciones excesivas.

3.2.3 Función del diagnóstico

Tal como se ha señalado, los diagnósticos pueden implicar la identificación de psicopatologías desde una perspectiva exclusivamente nosológica, en este caso calificar la afectación del NNA dentro de los trastornos mentales utilizando las clasificaciones internacionales (DSM en sus versiones actuales, CIE 10-11). Por tanto, el examen del estado mental niños/niñas y adolescentes debería incluir la evaluación de áreas como la apariencia física y nivel madurativo en relación con la edad, actitud ante la entrevista, conciencia y orientación en tiempo y espacio, estado de ánimo, pensamiento, forma y contenido, senso-percepción, atención, concentración, memoria, lenguaje y comunicación, nivel cognitivo, conductas motoras (nivel de actividad, coordinación, signos neurológicos menores, presencia de tics y estereotipias), conciencia y juicio moral, y adecuación de los mecanismos de adaptación que utiliza (26). Sin embargo, estas áreas evaluadas no serían suficientes para los fines de una intervención oportuna y de proceso. De acuerdo con las perspectivas actuales, el diagnóstico conlleva las decisiones a tomar sobre la base de tratamiento y tipo de asistencia.

En este marco, el modelo basado en apoyos reviste utilidad teórica y práctica, a la vez que permite el involucramiento del NNA y su entorno, recabar su percepción y participar de las decisiones. El modelo de apoyos está fuertemente asociado al funcionamiento. Se pueden definir los apoyos como “recursos y estrategias cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual” (27). A su vez, la necesidad de apoyo constituye un constructo psicológico referido al perfil e intensidad de apoyos que requiere una persona para que desarrolle actividades y participe socialmente. Pueden ser necesarios cuando un individuo experimenta un desajuste entre sus competencias personales y las demandas del entorno, por lo que los apoyos resultan de “puente”

entre lo que es y lo que puede ser. Este modelo, inicialmente desarrollado para las discapacidades intelectuales y del desarrollo (27), hoy es aplicable a otras situaciones de discapacidad y en salud mental. Si bien se dirige a identificar apoyos en función de las limitaciones individuales, se ha hecho extensivo a identificar necesidades de apoyo social.

El apoyo social refiere a la familia, el contexto y la comunidad, y puede ser considerado en forma objetiva o subjetiva. Desde los aspectos objetivos refiere por ejemplo a si cuenta con referentes familiares, si accede a prestaciones o servicios sociosanitarios, mientras que el componente subjetivo alude a la percepción de los apoyos sociales. A su vez pueden identificarse como apoyo emocional (cuentan con personas que les brindan afecto) o apoyo instrumental (contar con personas que pueden ofrecer recursos materiales) (28). Por tanto, es relevante tomar en cuenta en la valoración del NNA el apoyo percibido de sus cuidadores principales, sean familiares o institucionales y la intensidad de los mismos (27), (fig. 2):

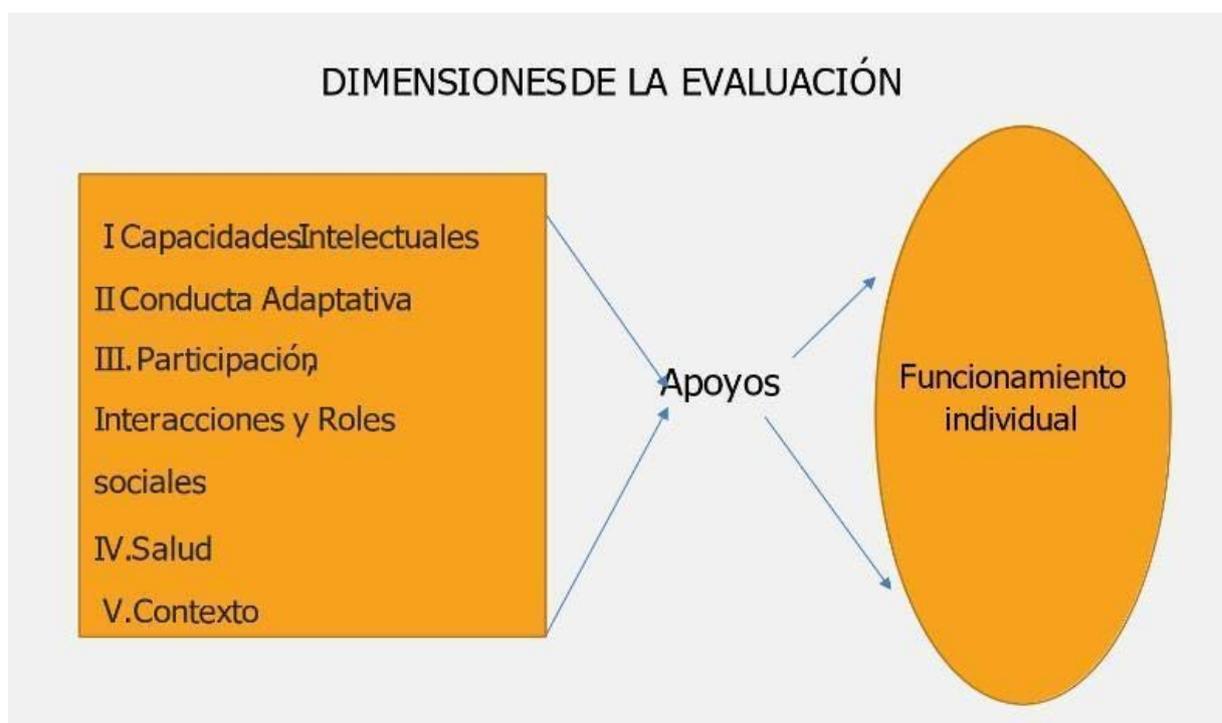


FIG.2. FUENTE: LUCKASSON Y COLS. 2002, P.10.

Dada la naturaleza dinámica de la vida de los NNA producto de su propio desarrollo, las necesidades de apoyo deben revisarse en cada instancia donde se produzcan cambios en signos y síntomas asociados a los trastornos y a las condiciones de vida. Este modelo debería integrarse en todo el proceso de atención, siendo de especial utilidad para detener una evolución negativa

del trastorno, prevenir situaciones de discapacidad, pero también debería formar parte de la estrategia de egreso de los espacios de atención especializados: centros de medio camino y clínicas de atención de cuadros clínicos agudos.

3.2.4 Discapacidad y SM

Salud Mental y Discapacidad son términos que suelen considerarse en forma separada. Esto responde a la evolución de ambos conceptos y a la toma de decisiones de profesionales y de los propios usuarios o colectivos. Tal como se ha señalado anteriormente, desde la perspectiva de la salud, la discapacidad es un término paraguas que incluye, las deficiencias físicas, mentales y sensoriales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación. Por su parte, la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad establece que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (29). El término deficiencias está incluido en ambas definiciones, y tal como se expresa en la CIF, alude tanto a estructuras corporales como a funciones mentales. Por ende, la deficiencia corresponde al diagnóstico, mientras que la discapacidad corresponde a la interacción de la persona con una condición de salud determinada y el contexto, resultando de ella una relación negativa. Se puede afirmar que una persona con diagnóstico de trastorno mental puede estar en situación de discapacidad en mayor o menor medida, dependiendo de sus posibilidades de desarrollar las actividades y participación social que le son inherentes.

En los NNA con trastornos mentales puede ocurrir lo mismo, dado que frecuentemente tienen limitaciones para desarrollar las actividades de la vida diaria esperables para su edad, o participar en los entornos comunitarios típicos, tales como la educación o recreación. La discapacidad, por tanto, no es un término absoluto asociado al diagnóstico ni mucho menos asimilable a él. Por el contrario, será relativa, a mayor posibilidad de desarrollar actividades y participar socialmente, menor grado de discapacidad. Precisamente contar con los apoyos necesarios es un componente central a la hora de disminuir el grado de discapacidad, e inversamente, el no acceder a ellos generará un mayor grado de discapacidad. En este sentido se puede afirmar que cuando se trata de NNA con problemas de salud mental, es posible prevenir situaciones de discapacidad.

3.2.5 Grupos en intersecciones de vulnerabilidad

Dentro de la población que comprende la infancia y adolescencia, se pueden identificar grupos que presentan mayor vulnerabilidad por estar en situación de riesgo o desamparo, con una

incidencia de problemas de salud mental muy elevada (30). En España, un estudio mostró que el 27% de niños y jóvenes entre 6 y 18 años acogidos en residencias está recibiendo tratamiento debido a problemas de salud mental (30). La relevancia de estos datos ha llevado en Estados Unidos a la realización de un trabajo conjunto entre la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) y la Child Welfare League of America (CWLA) para realizar propuestas sobre la atención de la salud mental de este grupo (31). Si bien no existen datos desagregados sobre violencia, infancia y discapacidad, la Segunda encuesta de violencia basada en género y generaciones (32) para mujeres mayores de 15 años en Uruguay, revela que las mujeres con discapacidad reportan haber sufrido mayores niveles de violencia en algún momento de su vida en el ámbito privado (familia, pareja o expareja), que las mujeres sin discapacidad (54,8% frente al 34,1%) (33). La situación de violencia que viven mujeres madres con discapacidad deja en situación de mayor vulnerabilidad a NNA cuando a su vez éstos presentan Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo moderadas y severas.

3.2.6 Autonomía progresiva y toma de decisiones

La autonomía progresiva refiere a un proceso gradual por el cual NNA pueden ir ejerciendo derechos por sí mismos de acuerdo a su edad y grado de madurez. La Convención sobre los Derechos del Niño establece el deber de los Estados de garantizar el derecho a expresar su opinión en todos los asuntos que le conciernen, de acuerdo a su grado de madurez y libre de injerencias. Reconoce el derecho de todos los NNA a ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que le afecte “ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado” (art.12). Por otra parte, el concepto de autonomía está íntimamente relacionado con el de autodeterminación, entendido como la capacidad de tomar decisiones sobre la vida propia. Como tales, son conceptos fundamentales a la hora de garantizar los derechos de NNA con discapacidades intelectuales y del desarrollo, así como problemáticas de salud mental, donde desde viejos paradigmas se les cuestiona la capacidad de discernimiento. Precisamente en este grupo de población, la autodeterminación se refiere a un conjunto de actividades y habilidades que requiere la persona para tomar decisiones de su propia vida, siendo este un punto clave para garantizar los derechos y la calidad de vida. Por ende, cuando sea necesario, NNA deben contar con los apoyos necesarios para lograr la autonomía progresiva que se reconoce en NNA sin discapacidad.

3.3 Estrategia de redes de atención en salud

Generalmente, en América Latina y el Caribe los sistemas de salud se han caracterizado por poseer altos niveles de segmentación y fragmentación, siendo esta la causa principal del bajo

nivel de desempeño y calidad de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación se pone de manifiesto con: objetivos poco claros de los puntos de la red y falta de coordinación entre ellos; uso ineficiente de la infraestructura, con duplicación de puntos y faltantes de otros; puntos con capacidad instalada ociosa y otros recargados, principalmente a nivel hospitalario; servicios instalados en lugares inapropiados, etcétera.

Todas estas características traen como consecuencia una prestación de servicios de baja calidad técnica, dificultades en el acceso a los puntos de atención, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, y el consecuente aumento innecesario de los costos, con poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (23,34–38). En el caso de la atención en SM de NNA, se incluyen muchas veces la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, con un enfoque centrado en la respuesta en salud y olvidando sus determinantes sociales, y que genera un excesivo uso de servicios hospitalarios especializados para lograr el acceso a la atención, eludiendo la consulta ambulatoria en el primer nivel. A esto se le agrega muchas veces que la estadía en los centros hospitalarios o especializados genera dificultades para otorgar el alta y poder continuar con una atención vinculada al primer nivel.

Numerosos estudios concluyen que, desde el punto de vista clínico, la continuidad asistencial se asociaría a mejoras en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad de los servicios, y en la eficiencia del sistema de salud (21,39–43).

3.3.1 Principales características de las redes de servicios de atención

Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como «una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve» (44).

Este modelo de red de calidad debe considerar las siguientes dimensiones:

1. **Organizativa:** recursos para llevar adelante la atención y enfoque institucional.
2. **Científico-técnica** (que implica el manejo de la mejor y más reciente evidencia para resolver las situaciones de atención de los usuarios).
3. **Interpersonal** (que refiere a la interrelación usuario-equipo de salud).

El propósito de una atención en red debe estar alineada a las características de la estrategia de salud (prestación de servicios asistenciales accesibles, de buena calidad, eficaces, eficientes y equitativos), buscando satisfacer las necesidades de los usuarios. Esta estrategia apunta a lograr

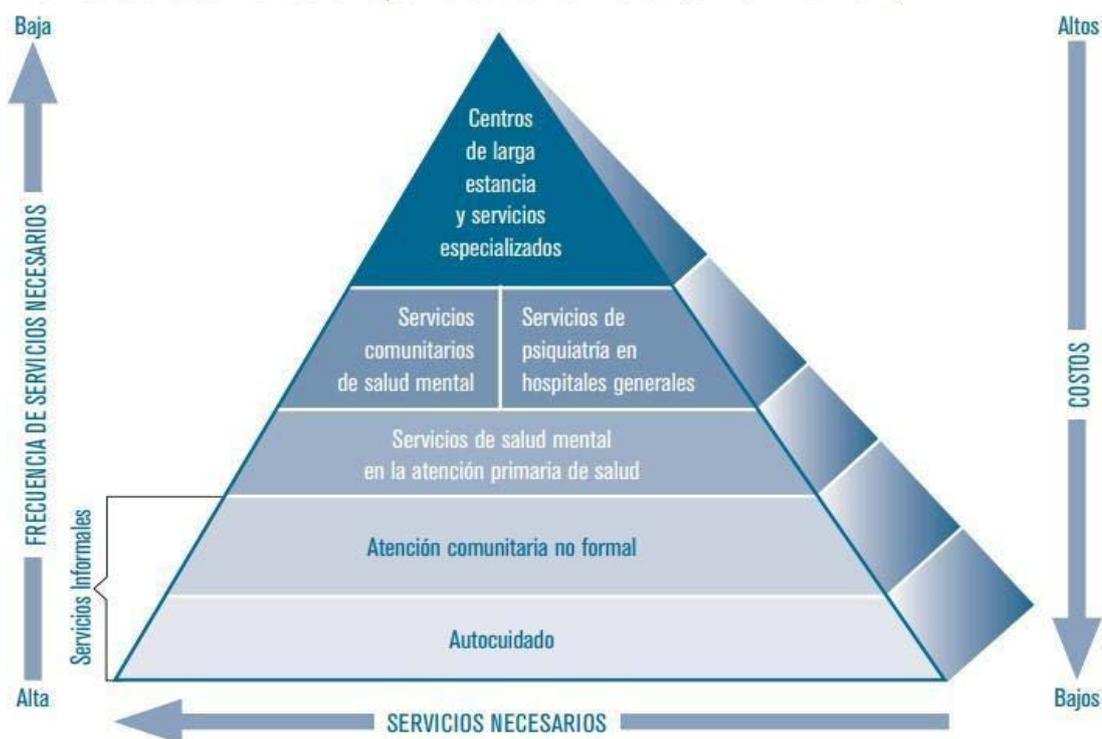
el acceso y cobertura universal, con una atención integral e integrada al territorio, apuntando a un contacto con los NNA, sus familias y comunidades, evitando la fragmentación de los servicios (45,46).

3.3.2 La estrategia de redes en SM

En la red de salud mental, los centros de atención primaria son nodos, estos nodos se articulan con diferentes puntos de atención de la especialidad, por ejemplo: hospital pediátrico general, hospital de día, centros de tratamiento para pacientes con situaciones agudas de salud mental, centros de medio camino, etc. La vinculación se da a partir de estrategias transversales, guías y protocolos de atención. A su vez, los dispositivos se pueden agrupar en atención abierta y atención cerrada: los primeros se centran en la atención ambulatoria, en horario diurno, como son la atención primaria y el hospital de día; los segundos refieren a las unidades de hospitalización, los centros específicos de rehabilitación, los centros de tratamiento para pacientes con situaciones agudas de salud mental y los de tipo residencial. Los dispositivos de atención abierta y atención cerrada tienen una relación transversal no jerárquica y diferenciada por la densidad tecnológica y el tipo de acceso. A su vez, estos puntos de atención están conectados con los sistemas de apoyo (como sistema farmacéutico, sistema informático) y sistemas logísticos (como recursos humanos y traslados).

La OMS en su Informe Mundial de Salud 2001, propone una organización ideal de servicios en el marco del modelo comunitario de atención a salud mental (47) y elabora la «Pirámide de Marco», en la que se presentan la combinación óptima de los servicios en salud mental

Figura 1. Pirámide de la combinación óptima de los servicios (OMS/WONCA)*



* WONCA = World Organization of Family Doctors (Organización Mundial de Médicos de Familia).
Fuente: World Health Organization (2007). *The optimal mix of services*. WHO, Geneva.

3.3.3 Red de atención con unidades de complejidad creciente y diseño de procesos asistenciales para un conjunto priorizado de situaciones clínicas

Para superar la dicotomía de categorización de enfermedades en transmisibles y no transmisibles es importante, para el caso de SM, introducir la categorización basada en los modelos de atención de las condiciones crónicas, (47–49) en el que se establece el estado agudo y crónico, que permite definir la respuesta sanitaria acorde. Si bien el campo de la SM vincula como una Enfermedad Crónica no Transmisible, enfrenta otros desafíos a los sistemas sanitarios en cuanto a los tránsitos agudos y crónicos que puede dar su curso, requiriendo de rápidos y certeros diagnósticos para obtener las respuestas específicas para cada estadio y requiriendo, acciones oportunas tanto del nivel comunitario como hospitalario, con las necesarias acciones de red que esto implica.

En el caso de NNA, estas clasificaciones se complejizan porque están atravesadas por las distintas etapas del desarrollo y sus necesidades concretas y específicas. Dado que en NNA las

condiciones de salud requieren respuestas sociales proactivas y no fragmentadas, el concepto de atención en red creciente, con articulación de los diferentes niveles asistenciales y con un tránsito de gradualidad, es indispensable para poder dar una respuesta acorde a las necesidades de SM en NNA (50,51).

Si bien la primera respuesta social reactiva a los problemas de salud en NNA es dada por el núcleo familiar y educativo, en el caso de NNA carentes de cuidado familiar, son las instituciones de cuidado las que muchas veces asumen ese rol, y debe considerarse en este caso la integración de un nuevo actor a esa red asistencial para que la misma funcione de forma dinámica. Se debe fomentar la interacción entre actores estatales para que la respuesta a las situaciones de SM sean las acordes a sus condiciones particulares en calidad de sujetos de derechos y teniendo en cuenta un ciclo asistencial que identifique sus necesidades de salud de una forma total y precisa, destinando los recursos necesarios a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permita, logrando el mayor grado de aproximación entre lo que el usuario espera y la atención de salud que recibe, en función del conocimiento, tecnología y recursos disponibles.

Un modelo de calidad en atención en SM en NNA debe considerar los aspectos de salud específicos, requerir además el abordaje de los determinantes de salud y enfermedad con un enfoque individual. El alcance de ese modelo de calidad debe estar, en consecuencia, muy ligado a un nivel organizacional y de gestión de respuesta diversa y organizada. Por tanto, un modelo de calidad requiere una gestión de calidad, entendida como un conjunto de actividades organizadas, que logra que el modelo dé respuestas efectivas a los individuos y satisfacción de los usuarios, la familia y la comunidad, a través del desarrollo de los componentes de liderazgo, comunicación y gestión por procesos, elementos que se constituyen como pilares importantes para obtener modelos de calidad adecuados dado que «contribuyen a la efectividad del resultado y a la satisfacción del NNA» (50-52).

Esta estrategia de redes requiere de compromiso del estado para su implementación, soportes políticos para su implementación, liderazgo potente de la autoridad sanitaria y los gestores de servicios, asignación presupuestal suficiente, colaboración y trabajo en equipo. Además, es necesario destinar esfuerzos para evitar el debilitamiento de los sistemas de salud y de las instituciones, políticas de privatización (con ofrecimiento de servicios diferenciados que generan competencia por la captación de usuarios), precarización laboral del personal de SM. asistenciales, fomento de grupos de poder con intereses opuestos (especialistas, industria de los medicamentos, gestores de salud), débil monitoreo y focalización en programas verticales (53).

Como se mencionó, si bien la variedad de contextos no permite definir una estrategia única de

atención en SM para NNA, se deben mencionar algunas características que deben estar presentes en los modelos de redes de atención y que deben contemplar las siguientes áreas estratégicas (44).

Modelo asistencial	1. población de NNA de un territorio definido a cargo, y con amplio conocimiento de las necesidades y preferencias, que determinarán la oferta de servicios a instalar;
	2. organización en red que preste servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que integre los programas focalizados de acuerdo a las características de NNA y sus familias;
	3. puerta de entrada con un modelo multidisciplinario, orientado a garantizar que el primer contacto del usuario con el sistema tome como base para la planificación y la acción a los NNA, adultos y comunidades.
	4. prestación de servicios especializados más apropiados y accesibles, de preferencia en entornos extrahospitalarios;
	5. existencia de mecanismos de coordinación a lo largo de todo el continuo de atención;
	6. una atención centrada en los NNA, sus referentes adultos y la comunidad;
Gobernanza y estrategia	7. un sistema de gobernanza único para toda la red;
	8. maximizar la participación de NNA y sus referentes;
	9. acción intersectorial para lograr un abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud;
Organización y gestión	10. sólido marco legal, institucional y organizativo;
	11. desarrollo de una gestión óptima e integrada de todos los componentes de la red y basada en resultados;
	12. recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
	13. participación de usuarios y sus familias;
	14. sistemas de información integrados y sostenibles, que vinculen a todos los miembros de la red;

Asignación e incentivos	15. financiamiento adecuado y alineado con las metas de la red, con acceso a medicinas, otros productos médicos y tecnología;
-------------------------	---

Para llevarla adelante, las redes deben sostenerse los siguientes atributos: accesibilidad geográfica y organizacional y oportuna (oferta de servicios), continuidad y coordinación, alto nivel de resolutivez, cumplimiento conforme a un estándar establecido, eficacia y eficiencia en cuanto a los resultados esperados y alcanzados, organización bimodal (distribución de servicios de acuerdo a la demanda), estrategia de APS (servicios ambulatorios más dispersos en el territorio y los de requerimiento tecnológico más concentrados) (44), y en donde cada nivel de la red debe tener en claro y bien definido su catálogo de prestaciones, para así poder responder tanto a las necesidades reales y potenciales de la población objetivo, como contribuir directamente al derecho a la accesibilidad y a la continuidad asistencial (44).

4. Contexto Nacional

4.1 Sistema de Salud en Uruguay

En el 2008 se implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este está compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público está integrado principalmente por ASSE. Otros sectores incluidos en este sector público son la Udelar, los de sanidad de las Fuerzas Armadas (dependiente del Ministerio de Defensa), Sanidad Policial (dependiente de Ministerio del Interior), BPS, BSE, intendencias municipales e IMAE (intervenciones de alta complejidad). El sector privado está compuesto por las IAMC (instituciones de asistencia médica colectiva), asociaciones de profesionales privados sin fines de lucro que atienden a la mayor parte de la población, e integran el SNIS y seguros privados y emergencias móviles, por fuera de ASSE cuenta con una red de establecimientos de cobertura nacional que asiste a más de 1.371.267 usuarios, representando el 38,9% de la población total. Todo el SNIS cuenta con 826 unidades asistenciales de Atención Primaria, 39 hospitales, 4 hospitales especializados, 21 centros de rehabilitación y 7 hogares de residencia (54). La población estimada de niños en el 2018 por la ENDIS para el 2022 es de 19,35% de la población total. Si bien no se cuenta con datos sobre la incidencia de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en esta proyección, puede estimarse en 675.433 menores de 15 años en el país (55).

4.2 Salud mental en Uruguay

El “Plan de Salud Mental de Uruguay” (1986) incorporaba conceptos novedosos sobre la forma de comprender y atender la Salud Mental y contaba con un componente referido a la infancia. Si bien este plan tuvo poco impacto, dio una base teórica para algunos cambios que se sucedieron más adelante, destacándose en algunos aspectos la descentralización de la atención en SM mediante la creación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental en el sector público de todo el país (1997). Se incorporaron RR. HH. específicos para ofrecer una atención temprana a la SM a NNA.

En el marco del desarrollo del SNIS (2007), se incorpora por primera vez el componente de Salud Mental, —Plan de Prestaciones en Salud Mental 2011— (7) como un conjunto de prestaciones obligatorias para todos los prestadores de salud. Se incorporan diferentes modalidades de abordajes psicoterapéuticos y de rehabilitaciones específicas en SM. En el mismo se jerarquizan poblaciones prioritarias, como grupos que por su desempeño laboral (docentes, funcionarios de la salud, etc.) tienen mayor riesgo de presentar problemas de SM asociados; intervenciones de apoyo a la crianza de niños pequeños y familias, usuarios con consumo problemático de sustancias. Este Plan de Prestaciones se organiza considerando distintos niveles de complejidad de las intervenciones psicoterapéuticas, (Modo 1; Modo 2; Modo 3,) variando las características de las mismas, los tiempos y la forma de financiamiento. En el caso del Modo 1, con modalidades grupales para las poblaciones prioritarias, en un 100% están a cargo del prestador, y para los otros Modos se establece un ticket moderador, pago por el usuario. En este modelo de prestación se crea un dispositivo interdisciplinario (psiquiátrico-psicológico) - Comités de Recepción -, con el objetivo de evaluar la demanda y la oportunidad de acuerdo a las ofertas disponibles.

En octubre de 2017 fue aprobada la Ley 19.529 (25) que, entre otros aspectos, establece garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos en el marco del SNIS, organizar la atención en SM por niveles de complejidad, sobre la base de APS y con la familia, impulsar un abordaje comunitario, interdisciplinario e intersectorial, orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales. Además, indica estrategias de rehabilitación accesibles, adaptadas a las necesidades de las personas para mejorar su autonomía, inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital, y en referencia a la internación, considera la misma como recurso terapéutico solo cuando aporte mayores beneficios y lo más breve posible. Además, deberá realizarse ante situaciones agudas en unidades especializadas de hospital o sanatorio general y en el caso de NNA en hospitales pediátricos o en áreas de

internación pediátrica en hospitales generales. Se podrá implementar en distintas modalidades (tiempo completo, parcial diurna o nocturna, domiciliaria) y en ningún caso será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda. Por otra parte, la Ley establece impulsar la desinstitutionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. En referencia a las estructuras alternativas, estas no podrán reproducir los dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Sin embargo, a pesar de que en casi todos los componentes de la ley hay mención a la población de NNA, la misma presenta carencias en cuanto a componentes específicos de sus derechos, quedando centrada en la población adulta y con mayor foco en la atención de los trastornos mentales severos. (5).

El Programa Nacional de Salud Mental 2020–2027, desarrollado por el MSP, con participación de sociedades científicas, la academia y organizaciones de usuarios y familiares y con apoyo técnico del OPS/OMS, incorpora temáticas transversales e interseccionalidades que inciden directamente en la SM. En el objetivo 7, que refiere a la atención, plantea mejorar la atención específica para las víctimas de maltrato y abuso sexual infantil y otras formas de violencia contra NNA. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (34) incluye a las personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo. Asimismo, la convención reconoce que los niños y niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y libertades en igualdad de condiciones de los demás niños y niñas y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Parte en la Convención sobre los Derechos del NNA. Asimismo, reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación (17).

4.3 El INAU

4.3.1 Estructura del INAU en el apoyo a NNA y sus familias

El INAU es el organismo responsable por la ley 17.823 de la estrategia nacional en función a lo establecido en el CNA: es en cumplimiento de su rol, que el manual de estructuras y funciones, documento institucional, describe y establece las funciones específicas, dependencia y coordinación de las distintas unidades organizacionales del instituto. Por tanto, la institución INAU se identifica a sí misma como responsable en su rol en política pública y ejercicio de la tutela sobre todos los aspectos de la vida de NNA, sus familias y referentes adultos, que se

encuentren vinculados a estrategias de apoyo estatales.

Al componente de gestión y rectoría de políticas de infancia, la institución agrega el del cuidado. Esta línea de acción en territorio es asumida también como respuesta a las demandas y solicitudes de atención y es reconocida como muy necesaria por parte de la institución debido a que lo considera un aspecto muy sensible en la vida de NNA siendo a además la única institución que aporta oferta concreta para los casos de niños que ven interrumpidos sus derechos a vivir en sus familias. (22). El Manual de funciones de la institución define, dentro de su organización y en orden jerárquico, la estructura y funciones de cada área (56). En una línea jerárquica inferior, bajo las autoridades de Directorio y la Gerencia General, podemos destacar aquellas secciones relevantes, poniendo foco en las directamente vinculadas a los objetivos del presente trabajo, que son los centros que brindan atención a NNA con problemas de SM en régimen de amparo o con apoyo de INAU, a cargo de la Coordinación de Intervenciones Especializadas, dependiente de la Sub-Dirección General de Gestión Territorial de Montevideo.

En la Figura 1 se muestra el organigrama general del INAU y se despliegan en particular las modalidades de Centros de Atención en Salud Mental, dependientes de la Coordinación de Intervenciones Especializadas.

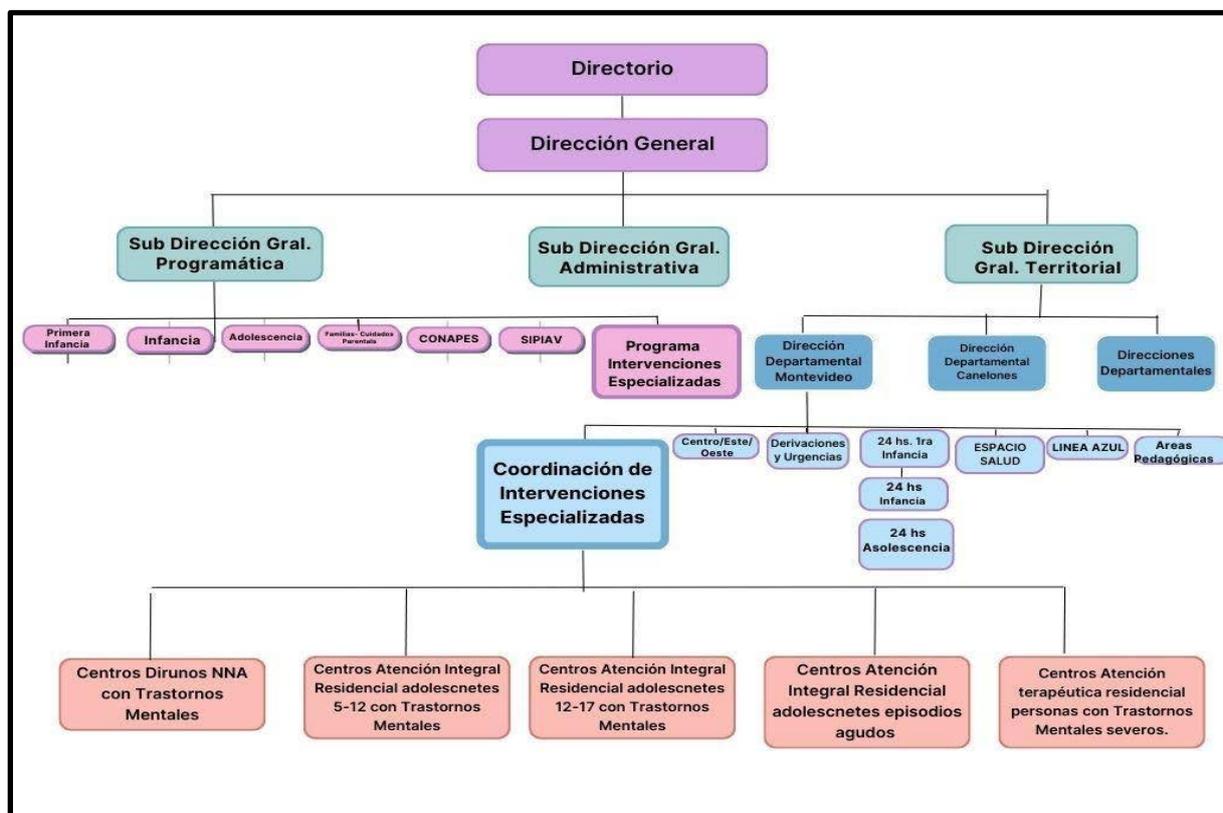


Diagrama 1. Estructura del INAU

4.3.2 Caracterización de la población de NNA vinculados al INAU

De acuerdo a cifras del INAU del año 2019 (57), el total de NNA del país asciende a 877.021 de los cuales 101.193 se encuentran vinculados a algún tipo de proyecto en la institución. La tabla 1 del Anexo presenta el número de NNA del país, desagregados por rango etario y sexo, y la tabla 2 presenta la cantidad de ellos vinculados a la institución de acuerdo a las mismas características. Al calcular la proporción de vinculaciones en función del rango etario, se observa que la mayor proporción de vinculaciones ocurre en las primeras etapas de la vida de NNA, en donde uno de cada 3 de ellos mantiene vínculo institucional de algún tipo (tanto en varones como en mujeres), y que estos guarismos descienden a medida que se avanza en edad (tabla 3).

Las vinculaciones con la institución son desarrolladas a través de distintas modalidades, que van desde atención en tiempo parcial, hasta tiempo completo. La cantidad de NNA vinculados por tipo de modalidad se presentan en la tabla 4.

Al desagregar los datos por departamento se observa que, si bien el mayor número de vinculaciones absolutas corresponde a Montevideo y el mínimo al departamento de Flores, (tabla 5), la proporción de NNA vinculados en lo que se refiere al número de población de menor de edad por departamento mantiene guarismos similares con un promedio nacional de 13,14% ($de= 0,03$; IC 95% 11,74-14,54) de NNA vinculados (mínimo Maldonado 7,57% y máximo Cerro Largo 17,49%), (57). Los valores correspondientes a 2020 mostraban un total de NNA vinculados de 95.068 con un promedio por departamento de 10.84% (mínimo Maldonado 7.12% y máximo Durazno 16,91%), lo que evidencia un crecimiento de vinculaciones de 6.125 NNA o 6,4%.

Por otra parte, se observa también que la cantidad de proyectos totales por departamento mantienen relación a la cantidad de NNA vinculados a la institución y no a la población total del departamento. Esto puede obedecer a que la institución INAU organice la distribución de los proyectos en función de la demanda de atención, independientemente del número de NNA de cada departamento. Se observa que el promedio de NNA por proyecto en el país es de 48,71 ($de= 14,73$; IC 95% 42,08 – 55,33), siendo el departamento de Treinta y Tres el que presenta menor relación con 32,05 NNA por proyecto y Canelones el mayor con 68,60 (ver tabla 6).

Como se mencionó previamente, la institución lleva a cabo diferentes propuestas de atención en modalidad de atención por gestión directa institucional o por convenio con diferentes organizaciones contratadas. La tabla 7 presenta las modalidades de atención, número de proyectos y de NNA vinculados a cada una de ellas. Se destaca en la tabla 8 que la atención en residencias para salud mental es gestionada íntegramente de forma extrainstitucional, con organizaciones contratadas y comprende 12 proyectos que atienden 506 NNA.

En referencia a los dispositivos de atención en 24 horas, INAU cuenta con un sistema de protección que se pone en funcionamiento a partir de la interrupción o deficiencia de cuidado familiar o de referentes adultos significativos, que producen vulneración de derechos en NNA y que requiere medidas de protección integral de acogida, con separación del grupo de convivencia. Este sistema de protección se desarrolla en paralelo con la puesta en marcha de mecanismos de abordaje del grupo de cuidado original, a los efectos de que la internación sea por el menor tiempo posible. En nuestro país, la institucionalización de 24 horas se lleva a cabo a través de 26 proyectos en 10 departamentos que atienden un total de 1016 NNA, con una proporción promedio de 0,2% (IC 95% 0,14-0.25) del total de la población infantil (mínimos Canelones y San José 0.06% - máximo Florida 0.72%) tal como lo expresa la Tabla 7. Por otra parte, la atención en SM de NNA institucionalizados se lleva a cabo a través de diferentes propuestas de atención en modalidad exclusiva por convenio con diferentes organizaciones contratadas, siendo estos 12 proyectos con un total de 506 NNA vinculados con una tasa de internación de 500,63 por 100 mil NNA vinculados. (Tablas 8 y 9).

4.3.3 Caracterización de los problemas de salud mental en NNA institucionalizados

La institucionalización debería ser siempre la última medida a tomar. Para ello es sustancial el fortalecimiento de todos los escalones previos, con la búsqueda de alternativas adecuadas, manteniendo los apoyos a la red familiar, la coordinación de los servicios y mecanismos de seguimiento necesario. No se debe perder de vista que la institucionalización implica en la mayoría de los casos el alejamiento y desconexión con la familia de origen, y que el pasaje al sistema de protección continuará exponiéndolos a la ruptura de vínculos en el pasaje y ubicación en diferentes sectores. Además, el cambio y rotación de personal referente, suma dificultades a la continuidad y la creación de vínculos específicos, que son necesarios para el adecuado desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

Tal como se ha expuesto, la institucionalización produce una ruptura en la continuidad sociohistórica de los individuos, y se incrementa cuando ello ocurre en las primeras etapas de la vida. El proceso de desarrollar la crianza en una institución, junto a un colectivo en donde se limitan las acciones individuales y los NNA son atravesados por variados sistemas que los mandatan y ordenan en sus realidades desde lo más simple hasta lo más complejo, afectan su desarrollo socioemocional. También, hay que considerar la etapa de la vida en la cual se da la institucionalización. En las primeras etapas de vida, es esencial la presencia de cuidadores sensibles y disponibles, que logren captar las necesidades y satisfacerlas en forma coherente.

La falta de un hogar en NNA, entendido no solo como la falta de un lugar material, sino además

la ausencia de adultos referentes con capacidad de cuidar, y la exposición a situaciones de violencias de distinto tipo y en forma sostenida, trae como consecuencia la imposición de la institucionalización. En los motivos de ingreso de la mayoría de estos niños/as, surgen en forma asociada, el maltrato físico, el abuso sexual, la negligencia extrema, adultos cuidadores que presentan problemas de salud mental, consumo de sustancias y/o conflictos con la ley. Asimismo, cada vez más se detecta la falta de redes familiares de cuidados en estos contextos de pobreza. Estas condiciones son generadoras de traumas complejos, que determinan la expresión de distintos tipos de problemas en el desarrollo y en la psicopatología de NNA. Dentro de ellas se destacan los retrasos globales o específicos en el desarrollo, los problemas en los aprendizajes con rezagos escolares, problemas internalizados como la ansiedad y la depresión, y las dificultades en el control de impulsos con la emergencia de comportamientos externalizantes como la heteroagresividad y los trastornos de conducta de distinta intensidad. En estos NNA son más frecuentes las hospitalizaciones por IAE, las lesiones autoinfligidas, y la ideación suicida persistente, así como la reiteración de crisis de excitación psicomotriz con conductas de heteroagresividad. La expresión de estos comportamientos sacude la cotidianeidad de los centros de 24 horas, y muestran las carencias para poder contener a estos NNA con mayores requerimientos de cuidados de lo que pueden responder equipos con RRHH limitados, y con apoyos interdisciplinarios insuficientes. Esto implica grandes desafíos técnicos y adecuación constante tanto de instituciones como de profesionales para que se logre una atención ajustada a derechos. Luego de estos episodios que determinan la internación en el hospital pediátrico o en Centros de Corta Estadía, se dificultará su retorno a los hogares de 24 horas de donde proceden, y se solicite su pasaje a Centros de Atención Integral en Salud Mental o de Medio Camino, prolongándose los tiempos de internación.

La escasez de RR. HH. hace que NNA institucionalizados sean contemplados en cuanto a sus cuidados generales y de salud física, pero con escasa contención emocional y afectiva; otras veces, las violencias institucionales, teniendo en consecuencia desarrollos que amenazan los procesos de subjetivación e identidad individual y sus relaciones con la comunidad.

La institucionalización debería ser siempre la última medida a tomar, ya que se generan daños en la SM difíciles de reparar y dificultades en las posibilidades de integrarse productivamente en la sociedad.

4.3.4 Respuesta institucional de Inau a las situaciones de sufrimiento de SM de NNA

Los centros de intervención en SM para NNA se clasifican de acuerdo a los niveles de complejidad y se denominan «proyectos». Estos dispositivos buscan dar respuesta a las

situaciones que sumen complejidad a la intervención de protección y deben brindar una serie de recursos que garanticen que la internación favorezca la rehabilitación de NNA buscando generar procesos, dentro de su autonomía progresiva, de rehabilitación, orientado al egreso de los dispositivos especializados y al reintegro a su entorno de referencia. Estas acciones de atención especializadas en SM apuntan a dar respuesta a requerimientos de cuidado especializado individuales, que podrán ser por períodos breves o permanentes, y que son contratados mediante llamados públicos bajo la denominación de diferentes modalidades de acuerdo a su complejidad, y utilizando una terminología —que consta en el pliego de la licitación²—, que no necesariamente tienen correspondencia con las definiciones incluidas en la Ordenanza 1488/19 del MSP. Estos centros catalogados como «servicios de atención integral especializados en salud mental» son supervisados, controlados y evaluados por el Programa de Intervenciones Especializadas y comprenden:

1. Centros diurnos para NNA con trastornos mentales compensados, con cupos solo en el departamento de Montevideo.
2. Centros de atención integral en modalidad residencial para niños y niñas de 5 a 12 años con trastornos de SM compensados (casas de medio camino)
3. Centros de atención integral en modalidad residencial para adolescentes de 12 a 17 años con trastornos de SM compensados (casas de medio camino).
4. Centros de atención integral en salud mental en modalidad residencial para NNA que presentan episodios agudos.
5. Centros que brinden atención terapéutica en modalidad residencial a personas que presenten trastornos mentales severos y compensados.

El detalle de las prestaciones, tiempos de internación y otras características se presenta en la Tabla 10 (anexo).

² <https://www.comprasestatales.gub.uy/consultas/detalle/id/693726/mostrar-llamado/1>

4.4 Panorama de tipos de dispositivos de nuestro país

Esquema de tipos de dispositivos de nuestro país		
Tipos de dispositivos	Definición Ord. 1488	Existen en la actualidad
Dispositivos Abiertos		
Centro de Salud Mental Comunitaria en territorio	Ubicado en centros asistenciales localizados en la comunidad, de fácil acceso, que brinda atención en salud mental como parte de sus prestaciones de salud integral. Constituye la principal puerta de entrada al sistema. Provee cuidados que incluyen acciones ambulatorias de baja densidad tecnológica y con alta complejidad sociocultural	47 equipos comunitarios de Salud Mental. (13 dependientes de los centros de salud de la RAP, 5 dependientes de direcciones de hospitales en Montevideo) el resto en el interior.
Equipos interdisciplinarios de habilitación, rehabilitación	Dispositivo ambulatorio diurno a nivel comunitario de atención psico-socio-educativa, que tiene por objeto la adquisición o recuperación de habilidades psico-sociales y aprendizajes para la inserción o reinserción educativa, familiar y social, fortaleciendo los vínculos con referentes familiares, socio-afectivos y/o con las instituciones de protección.	Red de Centros del Banco de previsión social (BPS) Alrededor de 150 centros interdisciplinarios habilitados en Montevideo y aproximadamente 300 en el interior del país, que brindan asistencia a NNA y adultos, clasificados como institutos, talleres terapéuticos, centros educativos con integración, talleres de habilitación ocupacional, hogares, clínicas Los 4 equipos de los dispositivos Dificultad de inserción en el medio educativo (DIME) de ASSE, (Montevideo y área metropolitana) dejaron de funcionar como tales en 2022.
Salas de emergencia	Área acondicionada dentro de las unidades de emergencia de hospitales generales o pediátricos, que permita una correcta atención de urgencia, asegurando confidencialidad, protección y contención para la atención de niños y adolescentes con cuadros clínicos agudos u otra situación	El Departamento de Emergencia del CHPR, tiene un consultorio acondicionado para evaluación, atención y eventualmente contención de NNA con alteraciones emocionales o

	crítica que amerite una intervención pertinente. Tendrá como objetivo la resolución de la situación de crisis, evaluaciones clínicas, paraclínicas y socio-familiares que permitan un diagnóstico inicial y una adecuada resolución de su destino (retorno al hogar, hospital de día, hospitalización en salas generales de pediatría, servicios de atención a usuarios/as con UPS, etc.)	comportamentales urgentes.
Hospital de día	Centros de atención ambulatoria, diurnos, que tiene el fin de brindar un abordaje terapéutico y de recuperación, intensivo, individualizado, interdisciplinario, integral y coordinado, con el fin de consolidar la estabilización clínica y alcanzar una mejor y más rápida inserción comunitaria.	1 en CHPR
Centro Diurno	Dispositivo ambulatorio, comunitario, de carácter diurno, que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades necesarias para la adquisición de la autonomía necesaria para la inserción o reinserción en las diferentes áreas de referencia del individuo.	1 para NNA en Montevideo en convenio con INAU.
Dispositivos móviles	Dispositivo móvil de atención ambulatoria que integra la red de atención en salud mental. Este dispositivo móvil busca dar respuesta a las dificultades en la accesibilidad de los usuarios/as de la red en situación de exclusión social grave, pudiendo atender las necesidades de esta población específica.	INAU tiene programas de acompañamiento terapéutico para NNA que se encuentran en centros de 24 h. No encontramos estos dispositivos en ASSE o privados.
Dispositivos cerrados		
Internación en hospital general	En alas pediátricas de hospitales generales, o en hospitales pediátricos, donde se internan en sectores comunes con NNA con problemas médicos o sociales.	Corresponde a la mayoría de las hospitalizaciones de NNA por temas de salud mental tanto en el sector público como privado.
Áreas de hospitalización de SM	Sectores especiales en áreas de hospitalización de cuidados moderados	Actualmente, no se cuenta con este tipo de dispositivo

en hospital general o pediátrico	para NNA con problemas de salud mental pediátricos.	Solo un centro en el interior tiene un apartado de SM en Sanatorio general, donde ingresan NNA, conjuntamente con adultos.
Centros de Corta estadía	Dispositivo de hospitalización de corta estadía para cuadros agudos o descompensaciones agudas de trastornos mentales severos u otra situación clínica que amerite una intervención, que no puede ser resuelta en áreas de cuidados moderados de hospitales pediátricos u hospitales generales. Organización del Servicio: Sus objetivos clínicos son el tratamiento de cuadros agudos o descompensaciones que requieren de una atención intensiva, ya que no se pudieron mitigar en otras áreas hospitalarias. Dicha internación tendrá la duración relativa a la resolución del cuadro agudo o a la estabilización de la descompensación del cuadro clínico del niño, niña o adolescente. Brinda un espacio terapéutico de alta continencia y la continuidad del tratamiento en coordinación con la red sanitaria, educativa y territorial comunitaria. Centros de atención de episodios agudos.	2 privados brindan servicios por licitación con INAU y con ASSE para NNA Otros 5 centros privados venden servicios a las IAMPP, pero no con ASSE ni INAU. En estos centros NNA comparten instalaciones con adultos. Una de las IAMC en Montevideo cuenta con un servicio propio de corta estadía para adolescentes y adultos.
Centros de mediana estadía (Centros de atención integral en salud mental antes denominados Centros de Medio Camino)	Se trata de una estructura sanitaria de rehabilitación de mediana estancia, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para niños o adolescentes en el período de poscrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas y su red de vínculos.	6 en convenio con INAU

Descripción de los Dispositivos dedicados a la atención de la Salud Mental de NNA

Describir la atención en SM supone presentarla desde dos componentes o dimensiones: por un lado, la que implica los abordajes en territorio, en el entorno comunitario de los NNA, implementada mediante dispositivos que intervienen desde la promoción, prevención, captación temprana e inserción en la comunidad al egreso, y que deberían funcionar en íntima coordinación con los de mayor complejidad. En segundo término, los dispositivos que abordan las situaciones agudas: los centros de internación de 24 horas. Ambos dispositivos requieren de criterios de ingreso adecuados, RR. HH. en cantidad y calidad, definición de las capacidades resolutorias, de ágil interacción entre ambos, mediante mecanismos de redes de acción de referencia y contrarreferencia, para que la estadía en nivel de mayor complejidad sea en el menor tiempo posible y el comunitario funcione con las máximas capacidades de resolutoriedad. Agregado a lo anterior, si bien la descripción y análisis de los modelos de abordaje e intervención intermedios no estaría contemplado en el propósito inicial de esta consultoría, debemos afirmar que los hospitales generales deberían disponer de áreas acondicionadas para atender los problemas de SM de NNA, con distintos niveles de complejidad y posibilidades de protección y seguridad. Estos dispositivos hospitalarios deberían también interactuar con los de territorio mencionados, para que la estancia hospitalaria transcurra durante en el menor tiempo posible.

Si bien en esta consultoría se hará énfasis en el análisis de los dispositivos cerrados y de mayor complejidad, es necesario considerar otros nodos de la red de atención en salud mental (equipos comunitarios de Salud Mental en territorio, Hospital de Día, áreas para la atención de las emergencias psiquiátricas en los departamentos de emergencia de los hospitales generales y pediátricos, y apartados acondicionados en áreas de cuidados moderados en pediatría).

Para describir la situación actual de los dispositivos para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, se relevó información de los distintos sectores del sistema de salud, brindada por Centros Especializados privados y datos recogidos en las entrevistas realizadas a informantes calificados que participan en distintos nodos de la red de atención en SM de NNA. Se pasará a describir los aspectos de los dispositivos que servirán luego de base para realizar recomendaciones. El resumen de los mismos se encuentra en Anexos 7.3.

4.4.1 Dispositivos abiertos

4.4.1.1 Equipos de Salud Mental Comunitaria en territorio

Se trata de dispositivos de atención ambulatoria (Equipos de Salud Mental Comunitarios), insertos en la red de atención de salud general a nivel público, dependientes de la Dirección de

Salud Mental de ASSE. Estos funcionan en coordinación con el Primer Nivel de Atención en Salud y con servicios de mayor complejidad, existen 15 equipos en Montevideo y uno por departamento, aunque en algunos departamentos de mayor población como Maldonado, hay dos. Tienen como objetivos el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico-psicológico y social, de problemas de salud mental, de NNA y sus referentes adultos, desde un primer nivel de atención en Salud Mental. El Equipo cuenta con recursos de psiquiatría pediátrica y de adultos, psicología, enfermería, trabajo social y administrativos, no siendo homogénea su integración en los distintos departamentos y barrios de Montevideo. Se realizan consultas con los NNA y los referentes adultos, con la intervención de distintas disciplinas que integran el equipo, tratamiento farmacológico si amerita y abordajes psicológicos con baja frecuencia y duración breve. Estos equipos tienen la posibilidad de realizar acciones en la comunidad, con la creación de redes territoriales de atención, coordinando con otros recursos existentes (instituciones educativas, club de niños, centros juveniles, INAU, entre otros). Los NNA que están en la órbita de INAU, mayoritariamente tienen como su prestador de salud a ASSE, y son atendidos en estos equipos con un criterio territorial. De acuerdo a lo recabado en las entrevistas realizadas por este equipo consultor a profesionales que se desempeñan en Equipos de Salud Mental de Montevideo e Interior, existen dificultades para destinar horas de los integrantes del equipo para acciones de coordinación, promoción y prevención en Salud Mental, diferentes a las consultas directas. Mencionan distintos factores, tales como la alta demanda de atención, la escasez de algunas disciplinas, y las resistencias de algunos profesionales para modificar sus prácticas. A pesar de esto, los referentes consultados, insisten en la importancia de desarrollar estas acciones que fortalecen la red y permiten una mejor integración del Equipo de Salud Mental con los equipos de salud general y otros sectores vinculados a la infancia y la adolescencia, como la educación, protección, etc.

En la integración de estos equipos, se detecta que el número de psiquiatras pediátricos, en relación a los licenciados en psicología, es de un psicólogo dedicado a la atención de NNA/ por psiquiatra pediátrico y en algunos cuentan con un psicólogo compartido con el área de adultos. La relación con los recursos de trabajo social y enfermería es aún menor. Esto señala una dificultad en la participación de las disciplinas en el modelo de atención.

Asimismo, salvo algún equipo del interior (ej. Durazno), o el Equipo del Hospital Pediátrico Pereira Rossell y los Centros DIME en Montevideo, no se cuenta en este nivel de atención con otras disciplinas vinculadas al desarrollo infantil y los problemas emocionales y comportamentales en el sistema de salud, tales como la fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, terapia ocupacional, etc., a pesar de que las dificultades en el lenguaje, aprendizajes y comportamiento son los problemas más prevalentes en las edades más tempranas

en nuestro país.

A nivel de los prestadores privados, no está organizada la atención en torno a Equipos de Salud Mental comunitarios en los territorios. Algunos prestadores de Montevideo e Interior cuentan con policlínicas descentralizadas, donde se integran profesionales de Salud Mental (psiquiatras, psicólogos), en consultas independientes sin integración de equipos interdisciplinarios. En torno a algunos problemas específicos, como la violencia de género y generaciones, etc., se han constituido equipos interdisciplinarios en casi todos los prestadores, en el marco de metas prestacionales incorporadas por el MSP.

4.1.1.2 Equipos interdisciplinarios de habilitación/rehabilitación

Estos dispositivos establecidos en la Ordenanza 1488 de reglamentación de la Ley 17.529, exclusivamente en lo referido a NNA, abordan en forma integral las alteraciones globales y específicas del desarrollo, así como aquellos problemas emocionales y comportamentales de inicio en la infancia y adolescencia. Son equipos interdisciplinarios dedicados a brindar tratamientos de rehabilitación específicos a NNA con trastornos del neuro-psico desarrollo (Retrasos del Desarrollo, Trastornos del Lenguaje, Trastornos de Aprendizaje, Trastornos de la coordinación motora; Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad; Trastornos de Espectro Autista) y problemas emocionales y/o comportamentales asociados, que determinan distintos niveles de sufrimiento y limitaciones en su funcionamiento familiar, escolar y/o social. Estos Equipos interdisciplinarios se han ido conformando en nuestro país desde hace más de cincuenta años y brindan tratamientos a mediano y largo plazo, con el apoyo económico del BPS a través de las Ayudas Extraordinarias Representan un componente fundamental en la red de atención de las dificultades del desarrollo y de salud mental frecuentes de la infancia en nuestro país. Cuentan con recursos interdisciplinarios de fonoaudiología, psicomotricidad, pedagogía y en psicología, que complementa los recursos de los equipos de salud mental en comunidad.

El Banco de Previsión Social (BPS) cumple un rol importante en la red de atención de salud mental, a través del financiamiento de las Ayudas Extraordinarias del BPS (AYEX) que pagan tratamientos de rehabilitación en Centros Interdisciplinarios La ayuda extraordinaria del BPS, (AYEX) tiene por objetivos favorecer y apoyar el proceso de rehabilitación integral de niños, jóvenes y adultos que presentan discapacidad o alteraciones en el desarrollo, facilitando su inserción social, educativa y cultural. Se trata de una contribución económica que contribuye a solventar la concurrencia a Centros Educativos, Instituciones de Rehabilitación e Instituciones recreativas o deportivas o transporte del usuario hacia y desde las referidas instituciones. La población comprendida por esta prestación está conformada por las personas con discapacidad o alteraciones en el desarrollo que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- a. Hijos o menores a cargo de trabajadores de la actividad privada tributarios del BPS (artículos 2 y 5 Ley N.º 15.084 de Asignaciones Familiares), sea que perciban o no la prestación monetaria.
- b. Hijos de jubilados y pensionistas de la actividad privada a través del BPS (Ley N.º 15.084) Beneficiarios de Pensión por Invalidez, Pacientes de la Unidad de Atención Ambulatoria del CRENADECER
- c. Hijos o menores a cargo de funcionarios del BPS Niños y adolescentes que se encuentren dentro del Sistema de Protección de 24 h de INAU, en Centros de Residencia y Acogimiento Familiar. Otros colectivos incluidos por resolución fundada del Directorio del BPS.

Las contribuciones se dirigen mayoritariamente a la cobertura de los siguientes tipos de apoyos y/o tratamientos: Psicopedagógico, Psicomotricidad, Fonoaudiólogo, Psicológico, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Hidroterapia, Talleres de producción protegidos, Talleres terapéuticos, Talleres de habilitación ocupacional, aporte para concurrencia a Escuela Inclusiva o Escuela Especial.

En las entrevistas realizadas a psicólogos y psiquiatras pediátricos que se desempeñan en equipos de Salud Mental en territorio de Montevideo e Interior, se señalan las dificultades que encuentran las familias para el acceso a estas ayudas, con la utilización de diferentes Baremos o criterios para la determinación de discapacidad, según la prestación y debiendo enfrentar distintas barreras administrativas. Previo a la presentación de la solicitud de la Pensión por Invalidez o las Ayudas Especiales, se requieren estudios psicopedagógicos o psicopedagógicos que no están cubiertos por el sistema de salud ni educativo.

Para la habilitación de estos Centros privados que convenían con BPS se toman en cuenta las condiciones edilicias y la integración de los profesionales y los proyectos. Es a destacar que desde el BPS o el MSP, no existen estándares de calidad para los contenidos de las intervenciones que se brindan en estos centros desde el sector salud ni del propio BPS, manteniéndose un control cuantitativo, centrado en la asistencia al centro de los NNA.

4.1.1.3 Salas de emergencia

La atención de NNA con problemas de Salud Mental en las emergencias hospitalarias se ha incrementado a nivel mundial. En la Ordenanza 1488 (CITA), se define la atención en servicio de emergencia para la salud mental de niños/as y adolescentes en hospital pediátrico u hospitales generales como un *“Área acondicionada dentro de las unidades de emergencia de hospitales generales o pediátrico, que permita una correcta atención de urgencia, asegurando confidencialidad, protección y contención para la atención de niños/as y adolescentes con*

cuadros clínicos agudos u otra situación crítica que amerite una intervención pertinente. Tendrá como objetivo la resolución de la situación de crisis, evaluaciones clínicas, paraclínicas y sociofamiliares que permitan un diagnóstico inicial y una adecuada resolución de su destino (retorno al hogar, hospital de día, hospitalización en salas generales de pediatría, etc.)). Aún no se cuenta con estas áreas especialmente acondicionadas en el ámbito público ni privado en Uruguay.

En el CHPR en 2007 se obtiene la creación de cargos de Psiquiatría Pediátrica con horas de Guardia Interna y Retén. En el resto de los prestadores no se cuenta con Guardia Interna y sólo en algunos hay retén en la especialidad, siendo realizado por Psiquiatra de Adultos en el caso de los hospitales y sanatorios del Interior y en la mayoría de los prestadores de Montevideo. En el CHPR en 2015, en el marco de la reforma edilicia de la Emergencia, se acondicionó un consultorio (Shock-room) destinado a la observación y atención de NNA con problemas de Salud Mental. Es un área reservada para este fin, que tiene el objetivo de mejorar la privacidad, protección y seguridad. La emergencia pediátrica, prevista para otros tipos de patologías, lo inapropiado en su ambiente físico y falta de recursos humanos entrenados para resolver las urgencias psiquiátricas, muchas veces posibilita la vulneración de derechos de los NNA a la vez que deja al personal expuesto a situaciones de inseguridad física y emocional.

Si bien esto se considera un importante recurso para el Departamento de Emergencia, se evidencia una insuficiencia de la infraestructura asignada perteneciente a dicha área y recursos humanos capacitados para la atención interdisciplinaria (63).

Las consultas por urgencias psiquiátricas en la población pediátrica están constituidas por crisis de excitación psicomotriz de distintas etiologías, intentos de autoeliminación y otras conductas del espectro suicida, y niños, niñas y adolescentes con situaciones sociofamiliares que ponen riesgo su seguridad, desarrollo y bienestar (abandono, situación de calle, maltrato y/o abuso sexual infantil). En menor medida, episodios psicóticos, intoxicaciones o cuadros de abstinencia por consumo problemático de sustancias. La mayoría de estas situaciones requieren evaluación clínica y paraclínica, y eventualmente tratamientos médicos, además de la atención psiquiátrica (Garrido, 2017).

Según lo relevado y analizado por el equipo consultor, estas áreas específicas dentro de los departamentos de emergencia para la atención de los problemas de SM no están contemplados en otros hospitales públicos, ni en las instituciones privadas. Se observa que aun cuando se realizan mejoras edilicias destinadas a la mejora de atención de otras afecciones de salud, no está priorizada la atención de las consultas por problemas de salud mental en las emergencias pediátricas. En la práctica, estas carencias pueden favorecer la necesidad de hospitalización 24 horas de NNA, que podrían ser solucionados en el departamento de emergencia, si se contara

con los recursos materiales y humanos adecuados en régimen de reten u otros, (Pediatra, Enfermería Especializada, Psiquiatra Pediátrico, Psicólogos, Trabajador Social),.

4.1.1.4 Hospital de Día

Dispositivo intermedio definido en la Ordenanza 1488/2019, como dispositivo interdisciplinario que brinda atención especializada en salud mental en forma diurna, siendo una alternativa a la hospitalización 24 horas, para niños y adolescentes que presentan patologías psiquiátricas graves, no agudas y que no justifican la estancia completa en hospital (2009). Es un tratamiento activo, de tiempo limitado, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados y terapéuticamente intensivos (Mas Hesse, 2009). Su objetivo es brindar un abordaje terapéutico y de recuperación, intensivo, individualizado, interdisciplinario, integral y coordinado, con el fin de consolidar la estabilización clínica y alcanzar una mejor y más rápida inserción familiar, educativa y social a pleno, contribuyendo a disminuir el estigma de la enfermedad mental.

En Uruguay existen hospitales de día para otras especialidades médicas, pero es recién en 2021, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que comienza a funcionar este dispositivo para el manejo de patología psiquiátrica en el área pediátrica (59). Este funciona de lunes a viernes, en el horario de 8 a 16 horas, con capacidad para 10 plazas.

El equipo está conformado por las áreas de trabajo social, enfermería, psicología, psiquiatría pediátrica y de adultos, psicomotricidad y educación social en forma continua, con la posibilidad de establecer la intervención de otros técnicos externos si es necesario. El dispositivo contribuye en el desarrollo y profesionalización de los recursos humanos en formación en distintas disciplinas vinculadas a la SM, de acuerdo a Ley de Salud Mental y al modelo de recuperación.

Psiquiatras Pediátricos	<ul style="list-style-type: none"> • Médico psiquiátrica pediátrico tareas clínicas y de coordinación • Pasantías de residentes y postgrados en psiquiatría pediátrica de Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica
Licenciada en psicología	<ul style="list-style-type: none"> • Psicóloga clínica de ASSE con formación en grupos en servicios de salud • Pasantías de residentes y practicantes de la facultad de psicología

Auxiliar de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso de ASSE a tiempo parcial, se aspira a contar con 36 horas semanales.
Terapia ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Docentes y pasantes de la Unidad Académica de Terapia Ocupacional de la EUTM • No se cuenta con recurso propio de ASSE.
Licenciada en Trabajo Social	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso de ASSE de 10 horas semanales.
Educación social	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso de ASSE 36 horas (a partir 2024) • Pasantías de estudiantes de la carrera de Educación Social del IFES
Médico psiquiatra adultos	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso de ASSE. 6 horas semanales • Pasantía de Residentes y Postgrados (a partir de 2023)
Licenciada en psicomotricidad	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso de ASSE 24 horas.
Personal administrativo y de registros médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos compartidos con el Servicio de Psiquiatría Pediátrica de ASSE

Es de destacar que este dispositivo cuenta con modelo de gestión presentado y avalado el MSP, que puede ser considerado al pensar en la expansión de estos servicios en otras instituciones públicas y privadas de Montevideo e Interior.

4.1.1.5 Centros de atención diurno

Se trata de un dispositivo ambulatorio, comunitario, de carácter diurno, que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades para la adquisición de la autonomía necesaria para la inserción o reinserción en las diferentes áreas de referencia del individuo (ámbito educativo, social, familiar).

En nuestro país funciona únicamente un centro de atención diurno en convenio con INAU, ubicado en Montevideo, que asiste a NNA con trastornos mentales graves, de 13 a 17 años y 11

meses que se encuentran viviendo con su núcleo familiar con apoyo de INAU, o en situación de amparo en centros de tiempo completo de INAU. Cuenta con 35 plazas de las cuales, según lo relevado por este equipo consultor, no se completan en forma continua. Se volverá a mencionar cuando se analizan más adelante los dispositivos dependientes de INAU.

A través de las entrevistas realizadas y la información brindada por los encargados de la Coordinación de Intervenciones Especializadas, la demanda de plazas para Centro Diurno es baja en relación a la de Centros de Atención Integral para NNA de 24 horas. Según otro de los entrevistados del ámbito privado, suelen tener cupos disponibles para el Centro Diurno y demanda insatisfecha para los de 24 horas y de mayor complejidad de atención.

4.1.1.6 Dispositivos móviles

Entre los dispositivos móviles se encuentran los equipos de acompañante terapéutico desde INAU para NNA que se encuentran en régimen de amparo de 24 h.

Se trata de un recurso móvil y flexible, especializado, que tiene como objetivo el abordaje terapéutico de NNA que se encuentran en Centros de Atención integral en modalidad residencial, para facilitar, promover y/o recomponer el vínculo con el medio familiar, educativo y comunitario.

Se basa en la inclusión de un recurso especializado en la vida cotidiana de los NNA, interviniendo según un plan terapéutico diseñado por un equipo interdisciplinario y operando en forma articulada con otros equipos intervinientes, en acuerdo con el NNA y su familia.

El perfil de la población a atender está compuesto por NNA con padecimiento psíquico (por ejemplo, conductas disruptivas, problemas de ansiedad recurrentes, trastornos del neurodesarrollo, cuadros psicóticos) que comprometen y agudizan la vulnerabilidad psicosocial, priorizando la población expuesta a riesgo de explotación sexual, experiencia de vida en calle y/o uso problemático de drogas.

El dispositivo de acompañantes terapéuticos (AT) propuesto por INAU es innovador en el contexto nacional y debe tener como referencia un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos/as, psiquiatras pediátricos, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, coordinador/a. Este equipo interdisciplinario junto con los AT define la estrategia a seguir y los objetivos a alcanzar, contiene un componente de evaluación continua acerca del proceso de inclusión de NNA.

Para una población de 30 NNA, se propone:

	cantidad	carga horaria semanal
Coordinador/a	1	30
Lic. Psicología	2	15
Lic. Trabajador social	1	10
Especialista en Psiquiatría Pediátrica	1	10
Acompañante terapéutico	15	30
Auxiliar administrativo/a	1	10

Este dispositivo, enmarcado en una modalidad de atención integral de tiempo parcial, comienza a funcionar en forma piloto en el año 2019.

La evaluación de este dispositivo novedoso de atención ambulatoria, puede ser una experiencia a reproducir dentro de INAU y en el sistema de Salud a nivel público y privado, de acuerdo a las evaluaciones que se realicen.

4.4.2 Dispositivos cerrados

4.4.2.1 Hospitalización en Hospitales generales

Como lo propone la Ley de SM, la hospitalización debe ser considerada un recurso terapéutico de carácter restringido para la resolución de problemas de Salud Mental, que deberá contemplarse, cuando aporte mayores beneficios que otras intervenciones realizadas en el entorno familiar-comunitario y social, y deberá prolongarse el menor tiempo posible.

En nuestro país, la hospitalización por motivos de salud mental o protección de derechos, se realizan en su mayoría en sectores de pediatría general, en hospitales pediátricos o generales, tanto en el sector público como en el sector privado. Sin embargo, en general en estos ámbitos no se cuenta con acondicionamientos edilicios y RRHH especializados.

En el sector público, el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Centro de Referencia para los más de 270.000 niños y adolescentes que pertenecen a la red de ASSE, asegura la atención especializada de las patologías agudas y complejas de salud, en cuanto al diagnóstico y tratamiento de NNA referidos del primer y segundo nivel de todo el país. En este funciona la Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica, de FMed-UDELAR, brindando

asistencia en conjunto con recursos de ASSE a niños, niñas y adolescentes hasta los 15 años de edad, que requieren hospitalización por motivos de salud mental y/o por protección.

Los NNA que requieren atención de 24 horas por problemas relacionados con la salud mental o protección de sus derechos, se internan en las salas de pediatría general, en salas individuales o compartidas entre 2 niños y su acompañante, con baño en cada una de las habitaciones. Los NNA, siempre son acompañados por un adulto referente a permanencia. Sin embargo, no se cuenta con un área de hospitalización acondicionada y organizada para la atención de ciertos tipos de problemas de salud mental, cómo son los intentos de autoeliminación, o los problemas de conducta, motivos de ingreso frecuentes en el Hospital Pediátrico. Estas problemáticas requieren de un entorno protector para NNA y terceros, con reducción del acceso a materiales estructurales y elementos personales que puedan ser utilizados como herramientas de autolesión o agresión a otros y sistemas de monitoreo y vigilancia adecuados (60). En este sentido, se destaca que, dentro de la departamentalización del Hospital Pediátrico, la Psiquiatría Pediátrica, no cuentan con un sector diferenciado, ni recursos de enfermería con capacitación específica. En el sector privado en la capital, los NNA se internan en hospitales generales en pisos de pediatría.

En el interior, en los Hospitales Departamentales y en los sanatorios de prestadores privados, las hospitalizaciones de NNA se realizan en alas o sectores pediátricos en hospitales generales. Estos cuentan con personal médico y de enfermería en pediatría, por ejemplo, pediatra que concurre diariamente, y visitas sanatorias de psiquiatra pediátrico, psicólogo y trabajador social. Algunos departamentos, cuentan con psiquiatra pediátrico no radicado, que viaja desde la capital o de otros departamentos semanal, quincenal o mensualmente, situación que complejiza la atención y continuidad asistencial hospitalaria de estos NNA. Esto determina que muchas veces se convoque a psiquiatra de adultos para su resolución, técnico que por su especialidad no está formado para atención de NNA, determinando un impacto en la calidad atencional, internaciones más prolongadas y enlentecimiento en la resolución de problemas psiquiátricos, que requieren de terapéuticas incisivas, con medicación específica. En otras instancias, la falta de recursos humanos de psiquiatría pediátrica determina el traslado entre departamentos o hacia la capital, lo que incrementa costos y sobrecarga de los equipos de emergencia e internación de los centros de referencia regionales o nacionales, sumado al impacto para estos NNA. [6]. La prolongación del ingreso en estos NNA aumenta el estigma, los aísla del entorno y de las redes de apoyo, vulnerando sus derechos y aumentando la inequidad.

4.4.2.2 Unidades de Corta Estadía

Las Unidades de corta estadía en psiquiatría, son dispositivos cerrados de hospitalización especializados, destinados a la atención de usuarios que presentan episodios agudos o descompensaciones de condiciones crónicas, que no pueden ser resueltos en dispositivos de salud pediátricos o generales. Estos dispositivos funcionan a tiempo completo con cuidados de enfermería las 24 hrs.

Para la atención de situaciones que implique riesgo para sí o terceros se requiere de Centros de Corta Estadía (CCE). Son una alternativa cuando es necesario un entorno físico y número de recursos humanos, que brinde una mayor protección y seguridad que la que ofrece el hospital pediátrico o general, por no disponer en la actualidad del acondicionamiento de sectores o apartados para la atención de NNA con riesgos altos de conductas de auto o hetero agresivas.

Dado a nivel país las instituciones de salud públicas y privadas no cuentan con este tipo de dispositivos para NNA, aquellos que requieren este tipo de cuidados para su salud mental, son derivados a centros gestionados por privados fuera del SNIS, que atienden las necesidades de los prestadores públicos y privados, además de la población de NNA que se encuentran en situación de amparo de INAU. Solamente uno de los prestadores privados cuenta con un CCE propio.

El Equipo Coordinador de los Centros de Intervenciones Especializadas de INAU informaron a este equipo consultor, que, si bien los cupos para INAU a CCE serían suficientes, las dificultades de recursos y articulación de la red de atención, determina que no se cuente con alternativas para el egreso para muchos de estos NNA luego del alta psiquiátrica. Esto determina que los tiempos de internación en CCE se extiendan más allá de lo requerido para resolución de la situación de agudeza. Asimismo, fuera de la población específica de INAU en hospital pediátrico y en hospitales privados de Montevideo e Interior se prolongan internaciones de NNA que requieren la complejidad e intensidad de la atención, en tanto se gestionan las plazas.

En base a la constatación del vacío existente de este tipo de dispositivo dentro del SNIS, el equipo consulto solicitó informe de las características y recursos de dos de los CCE que brindan estos servicios a través de licitaciones con ASSE, e INAU.

Si bien estos CCE, están habilitados y controlados por el MSP y por la Comisión de Contralor en Salud Mental (que realizan principalmente en base a denuncias recibidas), no está normatizada en nuestro país la cantidad y calidad de los RRHH requeridos para esta modalidad de atención de alta complejidad en Salud Mental de NNA.

A modo de ejemplo se relevó información que se presenta en las siguientes tablas descriptivas,

con los RRHH de dos centros de Corta Estadía (1 y 2) y las hrs semanales asignadas del personal. Podemos ver que surgen diferencias en cuanto al número de profesionales, el tipo de formación y las cargas horarias asignadas por usuarios. (en uno de los centros no cuentan con médico generalista lo que no contempla la atención de salud de forma integral.

Con relación a los recursos humanos con que cuentan los servicios, se presentan en la Tabla 11, con el ratio de horas semanales por usuario en los centros 1 y 2. (Anexos)

Para este cálculo se consideró la ocupación del Centro al 100%.

Número y horas y minutos (hh:mm) de RRHH mensuales relevados en dos centros de corta estadía en SM, calculado en base a ocupación 100%				
RECURSOS HUMANOS	Clínica A (32 cupos)		Clínica B (52 cupos)	
	Número	hh:mm	Número	hh:mm
Licenciada enfermería	1	7:36	1	2:48
Auxiliar enfermería	12	18:00	26	2:48
Médico Generalista	0	0	1	0:24
Médico Legista	0	0	0	0
Médico Especialista en Psiq. Pediátrica	1	3:12	2	2:48
Psicología	1	4:00	2	2:48
Nutricionista	1	s/d	1	0:24
Maestros- Profesores	0	0	1	0:48
Educador Social	0	0	2	6:24
Trabajador Social	1	3:12	2	3:12
Fonoaudiología	0	0	0	0
Terapista Ocupacional	0	0	0	0
Psicomotricista	0	0	0	0
Talleristas	0	0	3	1:36
Cuidadores/as	0	0	14	16:24
Personal de limpieza	0	0	4	11:36
Personal de cocina	0	0	4	11:36
Personal de mantenimiento	1	s/d	3	10:24
Personal de seguridad		0	3	s/d
Otros	Prof. Ed. Física; dos turnos de operadores terapéuticos, que desarrollan a actividades y/o talleres			
Observaciones	las mutualistas envían sus propios técnicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales			

4.4.2.3 Centros de Medio Camino.

Se trata de una estructura sanitaria de rehabilitación de mediana estancia, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para niños o adolescentes en el período de postcrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas y su red de vínculos, para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, disponibilidad para sus aprendizajes académicos y procesos de socialización que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución de su sintomatología.

De acuerdo con la información recabada, en la actualidad existen 189 cupos en el Dispositivo Centro Medio Camino en convenio con INAU, distribuidos en 6 centros, con un 100% de ocupación en todos ellos. Uno de ellos con cobertura en Montevideo, el resto es para todo el país (Anexo. Tabla 11).

Los rangos de edad de la población atendida por centro corresponden a: 7 a 14 años (1); 8 a 17 años (1); 13 a 18 años (2); 14 a 24 años (1). De uno de los centros no se obtuvo esa información.

Perfil de población atendida:

NNA con problemas de salud mental grave: conductas autolesivas, problemas graves de conducta, discapacidad intelectual, TEA, consumo de sustancias. NNA víctimas de abuso sexual y maltrato físico.

Problemas sociofamiliares: ausencia de referentes, abandono, situación de calle, violencia, trastornos mentales, vulnerabilidad socioeconómica.

Motivos de consulta e ingreso: abandono, abuso sexual, maltrato físico, trastornos de conducta, trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastornos del neurodesarrollo, discapacidad intelectual, TEA, esquizofrenia (en adolescentes mayores)

En la siguiente tabla se presentan los profesionales y las cargas horarias mensuales contratadas; como puede observarse, existen diferencias entre los centros respecto a la relación disponibilidad horarias mensuales por usuario:

Dispositivos de medio camino en convenio con INAU

Horas y minutos (hh:mm) de RRHH mensuales por cupos en centros de atención integral en SM (medio camino) y calculado en base a ocupación 100%						
RRHH/Cupos	Centro A (15)	Centro B (36)	Centro C (42)	Centro (54)	Centro (12)	Centro (30)
Coordinador						
TS	2:40	0:50	1:37	0:53	1:15	0:40

Psico	1:00	0:41	0:42	0:53	0:30	0:40
Psic Ped		0:50	1:25	0:46	0:40	1:04
Pediatra	0:40					
Med Gral		0:16	0:14	0:13	0:15	0:20
Psicomr/Fono/TO			0:22	0:06		0:40
Maestro		0:33	0:42	0:33	0:50	0:40
Tallerista		0:33	1:30	0:28	0:50	0:32
Ed. Esp						
Ed. Soc	19:12	0:33	0:57	0:26	1:15	0:40
Lic. Nutr		0:10	0:08	0:06	0:30	0:12
Lic Enf	2:40	1:00	0:51	0:40	3:00	1:12
Aux Enf	21:36	1:00	1:42	12:00	12:00	6:00
Aux Coc	2:24	1:00	2:34	2:40	12:00	3:36
Aux Serv	9:36	3:00	3:25	2:40	6:00	3:36
Aux Adm						
Cuidadores	a disponibilidad	1:00	8:34	12:00	12:00	2:24
AT	en gestión	0:25	0:21	0:16	1:15	
mantenimiento	2:56	1:13	1:02	0:48	11:00	1:28
seguridad			1:08	2:26	2:00	0:48
total de hs técnicas	2:12	5:28	8:32	5:08	9:05	6:40
total de hs no técnicas	12:32	7:38	18:50	8:52	8:15	17:52
total de horas	14:44	13:06	3:22	14:01	17:20	0:32

Datos brindados por las Direcciones Técnicas de los Centros sugeridos por la Dirección de Especializados de INAU para esta consultoría. (2023)

4.4.3 Distribución geográfica nacional de dispositivos de atención en salud mental a NNA.

Existe una organización geográfica desigual y no equitativa entre los recursos disponibles en la capital y el resto del país, concentrándose la gran mayor parte en Montevideo. Además, los recursos varían con los prestadores, por lo que los recursos implementados pueden ser variables en las distintas instituciones privadas, según el relevo del equipo a partir de las entrevistas realizadas.

Tanto es así que una gran proporción de NNA que consultan en primera instancia en su lugar de origen, dado las dificultades en el acceso a la atención por psiquiatras pediátricos y otros recursos de salud mental, son referenciados al Hospital Pediátrico del CHPR. Uno de los motivos más comunes de esta referencia, es debido a la escasez de dispositivos con recursos de especialistas y adecuación de los espacios físicos en los hospitales o sanatorios en el interior del país, por lo que en general tienen que ser trasladados a Montevideo, lo que implica una mayor

ruptura con su vida habitual, sus referentes y dificultades de acceso para el trabajo con la familia y el entorno.

Según las entrevistas realizadas, los dispositivos podrían ser regionales, abarcando un sector del país. Uno de los problemas detectados es la falta de recursos humanos y la escasez de psiquiatras pediátricos radicados en el interior del país.

Según el análisis de la base de datos continua de la Clínica de Psiquiatría pediátrica [8], desde el 2017 al 2021, el 40% de los pacientes asistidos por la Clínica de psiquiatría pediátrica procedía del interior del país, cifra que mantiene relativa estabilidad a lo largo de los años estudiados.

Al analizarlo por motivos de consulta, observamos que la distribución por motivo de ingreso es desigual según la procedencia. En particular se destacan las consultas por problemas relacionados con el espectro suicida (lesiones autoinfligidas, riesgo suicida, gestos suicidas, intentos de autoeliminación). Estas representan el 38% de todos los motivos consulta en los pacientes que proceden del interior del país, en comparación con el 21% de los que proceden de Montevideo. Además, en la mayoría de los años estudiados, el número de NNA que provenían del interior que consultaron por problemas relacionados con el espectro suicida fue mayor que los pacientes de Montevideo que ingresaron por los mismos motivos. En forma global, desde el 2017 al 2021, entre los NNA que consultaron por problemas relacionados con el espectro suicida, el 52% procedía del interior del país.

Con respecto a los problemas de conducta (crisis de excitación psicomotriz, heteroagresividad y otros problemas de conducta graves), el 37% de los NNA procedían del interior entre los años estudiados, representando en un 17% de todas las consultas a la Clínica de psiquiatría Pediátrica.

Las consultas por posibles situaciones de violencia (sospecha de maltrato infantil, abuso sexual, negligencia, abandono), representan casi el 40% de las consultas a Psiquiatría Pediátrica en el CHPR desde 2017 a 2021. De estas, 1 de cada 4 situaciones procedía del interior del país.

Estos datos dejan en evidencia las carencias existentes en el interior del país. El traslado a otra ciudad implica una ruptura con su entorno, dificultad en la coordinación de estrategias y en la continuidad de la asistencia post alta.

4.4.4 Coordinaciones: referencia y contrarreferencia

Como lo plantean los entrevistados que trabajan en el primer nivel de atención a nivel del sector público y privado en el interior del país y en Montevideo, existirían recursos de salud mental, Psiquiatras y Psicólogos que trabajan en coordinación con equipos de Salud Mental comunitaria, favoreciendo la continuidad asistencial luego del alta. Esto se hace más evidente en el interior,

por cuestiones locatarias y de cercanía, siendo las coordinaciones en Montevideo más difíciles y complejas. En el primer nivel se establecen reuniones en los espacios adolescentes, con otros actores de la salud - Pediatra-Medicina Familiar. Esto facilita la comprensión del medio familiar, la búsqueda de soluciones y estrategias a nivel comunitario que permite mejorar la contención del paciente y la continuidad asistencial.

Sin embargo, resulta preocupante, que los entrevistados coinciden en que desde los CCE hay escaso retorno al hospital pediátrico, o a los equipos de salud mental comunitarios, por lo que las intervenciones muchas veces resultan insuficientes o inoperantes, siendo la re-hospitalización frecuente en algunos casos. Subrayan que ha habido un aumento de la demanda de los profesionales, por parte de las familias y de los centros educativos, con un peso de las dificultades socio familiares, económicas, la pobreza y la desigualdad lo que ha vuelto muy complejas las situaciones atendidas.

La sobrecarga asistencial y las mayores complejidades sociofamiliares y vulnerabilidades dejan en evidencia la necesidad de trabajar codo a codo con las escuelas y la comunidad. Sin embargo, queda claro que los procesos de reinserción son problemáticos, y existen carencias en las estructuras intersectoriales, que resultan poco claras o efectivas.

En lo que se refiere a NNA bajo protección por parte del Estado Uruguayo, se trata de una población con graves problemas, en los que muchas veces no es posible la revinculación con las familias. Frecuentemente, presentan perfiles psicopatológicos con consumo problemáticos de sustancias en edades tempranas, situaciones de calle y deprivación, vínculos con redes de trata, promiscuidad o explotación sexual infantil, asociado conductas disruptivas, autolesiones, actitudes violentas y delincuencia.

En la infancia hay una gran demanda de atención a niños con problemas del desarrollo, principalmente TEA que se asocian con irritabilidad marcada o agresividad.

Los pacientes con patologías neurológicas graves, que requieren atención médica, en general están integrados en espacios diferenciados. Pero faltan dispositivos en cantidad y calidad suficiente para NNA con problemas de desarrollo graves.

4.4.5 Recursos Humanos de todo el sistema

A partir de la información aportada sobre los recursos humanos existentes dentro de los perfiles profesionales requeridos en la normativa para la integración de los equipos de SM para NNA se realizaron algunos estimados. En primer término, hay disciplinas como la enfermería en las cuales no se puede discriminar la distribución de recursos asignados de acuerdo a su función en salud general/salud mental; por niveles de atención ni por edades. En cuanto a psicología no se

puede discriminar su distribución por edades. En el caso de psiquiatría pediátrica se hicieron cálculos del número de especialistas por cada 100.000 menores de 15 años a nivel nacional y por departamento. Los datos nacionales en cuanto al número de psiquiatras pediátricos cada 100.000 menores de 15 años es de 20,53. El análisis de su distribución por departamento deja clara la heterogeneidad y las carencias en algunos territorios del país, con un rango de 0-53,7, con una distribución inversamente proporcional al porcentaje de menores de 15 años en ellos.

Porcentaje de menores de 15 años por departamento (INE 2011)

Distribución de RR. HH. en SM de NNA en el país			
Departamento	% menor 15 años	Psiqu ped/dto. (+)	Tasa Psiqu ped / 100 mil menores 15 años
Montevideo	19,2	86	33,96
Artigas	26,0	0	0,00
Canelones	22,8	16	13,49
Cerro Largo	24,6	3	14,40
Colonia	21,2	6	22,97
Durazno	24,4	1	7,18
Flores	22,3	3	53,70
Florida	22,4	2	13,32
Lavalleja	21,4	2	15,89
Maldonado	23,0	8	21,17
Paysandú	24,9	6	21,30
Río Negro	26,0	2	14,05
Rivera	25,3	4	15,28
Rocha	22,4	0	0,00
Salto	25,9	2	6,18
San José	22,4	1	4,12
Soriano	23,8	3	15,26
Tacuarembó	24,5	2	9,06
Treinta y Tres	23,2	0	0,00
TOTAL	21,79%	147	20,53

Distribución de RR. HH. en SM de NNA en el país
Psiquiatras pediátricos

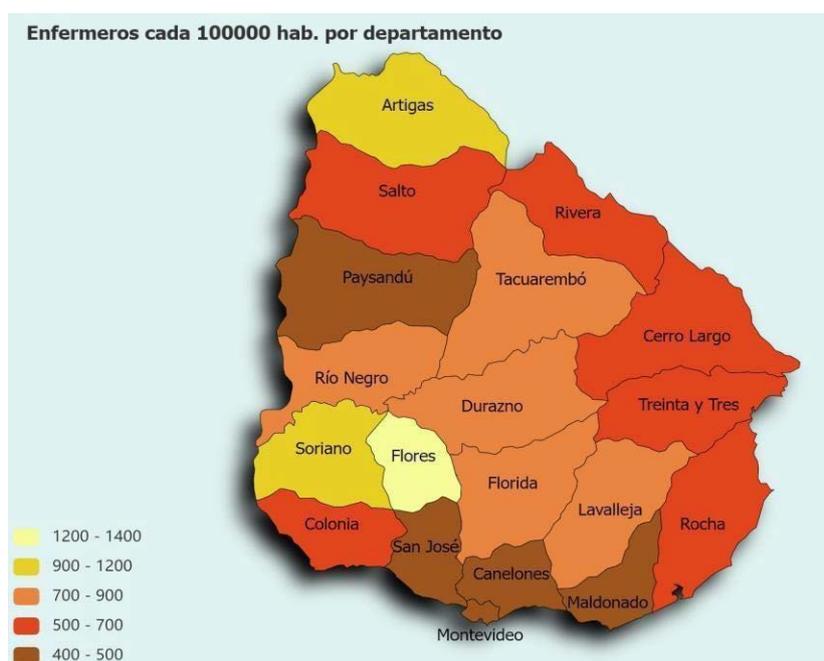


Datos recabados de DEMPESA – MSP

Personal de enfermería (total) por 100.000 habitantes por departamento.			
Departamento	% menor 15 años	Enf. / Depto.	Tasa Enf / 100 mil hab.
Montevideo	19,2	6374	2516,53
Artigas	26,0	726	3803,80
Canelones	22,8	2067	1743,21
Cerro Largo	24,6	479	2300,66
Colonia	21,2	747	2859,86
Durazno	24,4	464	3330,05
Flores	22,3	347	6211,08
Florida	22,4	558	3717,27

Lavalleja	21,4	509	4047,46
Maldonado	23,0	808	2137,83
Paysandú	24,9	559	1983,98
Río Negro	26,0	428	3006,20
Rivera	25,3	577	2202,93
Rocha	22,4	503	3298,95
Salto	25,9	891	2755,88
San José	22,4	517	2130,84
Soriano	23,8	793	4035,51
Tacuarembó	24,5	750	3401,01
Treinta y Tres	23,2	518	4637,67
Total	21,79%	18616	2599,49

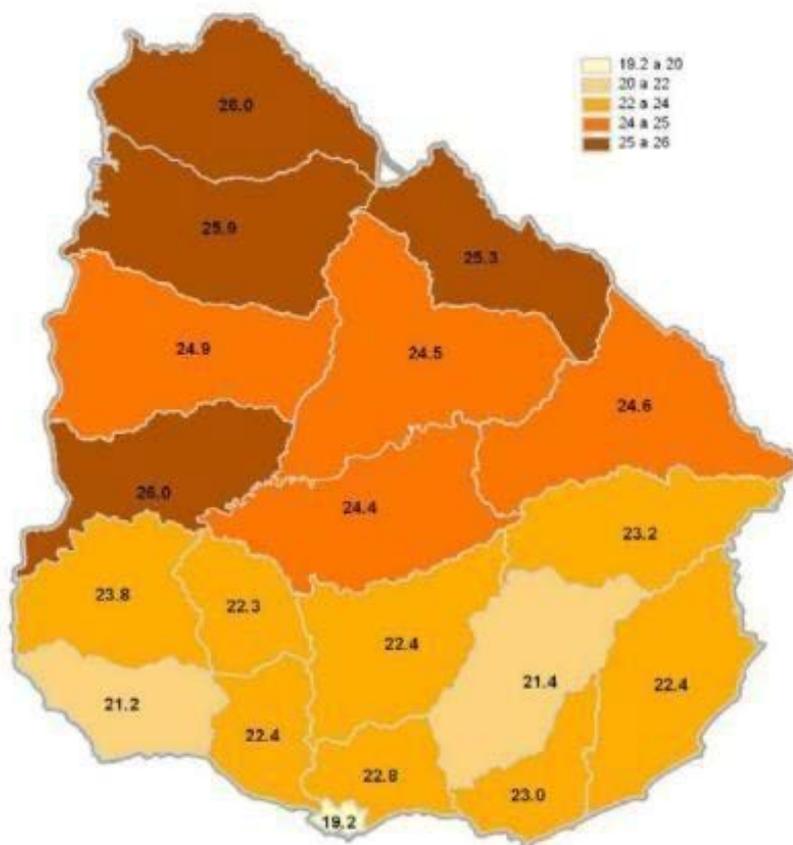
Distribución de enfermería por Departamento



Nota: Se debe considerar, que en el presente mapeo no se ha podido identificar el personal de enfermería específico en primer nivel de atención y tampoco los dedicados exclusivamente a SM de NNA.

Datos recabados de DEMPESA – MSP

Distribución de psicólogos por Departamento



Datos recabados de DEMPESA - MSP

Nota: Se debe considerar, que en el presente mapeo no se puede identificar el personal de psicología específico en primer nivel de atención y tampoco los dedicados exclusivamente a SM de NNA por la limitación de la información registrada por el MSP.

En disciplinas especialmente consideradas en la integración de equipos de centros especializados en SM de NNA, como terapia ocupacional existen solo 2 recursos de Terapeuta Ocupacional

5. Conclusiones:

- La promulgación de la Ley. 19.529, su primeros decretos reglamentarios y el Plan Nacional de Salud Mental, dan un marco legal y una guía de trabajo apropiada para abordar la salud mental de NNA en los tres niveles de atención, promoción y prevención. Se hace hincapié en la necesidad de una red de atención de los servicios de salud, tanto como en intersectorialidad, con una orientación clara en la participación de NNA en sus procesos, a través del asentimiento y consentimiento informado de acuerdo a la edad de forma de garantizar sus derechos.
- Tanto las recomendaciones de organismos y las convenciones internacionales, las referencias de planes de atención a la Salud Mental de otros países, las entrevistas realizadas a referentes calificados y la bibliografía científica consultada, confirman la necesidad de producir cambios en cuanto a los modelos de atención en SM de NNA, coincidiendo con los mandatos de la Ley 19.529.
- La intersectorialidad identificada para la población priorizada en el informe implica necesariamente al sector educativo, además del sector salud en conjunto con el INAU. Los profesionales entrevistados reconocen una necesidad de mayor articulación con el sector educativo, así como con el sector de salud, donde se detectan importantes dificultades para el INAU.
- Este informe muestra con claridad la concentración de servicios de atención y de profesionales en Montevideo y área Metropolitana, dejando en desventaja a la población del resto del país. Los NNA deben ser trasladados y desarraigados de su ámbito familiar y social por falta de acceso a recursos locales. En este sentido, un aspecto a considerar en la red de atención, para garantizar la equidad en el acceso, es el estudio de la geolocalización y regionalización de los servicios y nodos de atención, a la vez que garantizar el mantenimiento de los centros y equipos interdisciplinarios especializados en SM a nivel comunitario en todo el territorio nacional.
- También se observa una concentración de recursos de segundo y tercer nivel de atención, en tanto en el primer nivel se observa la falta de recursos humanos y del número de equipos interdisciplinarios en el sector público, y la ausencia de los mismos en el sector privado.
- En cuanto a la identificación de los RRHH destinados a la atención de la SM de NNA en nuestro país, de acuerdo a la información existente en el MSP, solo se pueden identificar los recursos de psiquiatría especializados en NNA. En otras disciplinas como la psicología y la enfermería, los datos existentes no permiten discriminar cuántos psicólogos están dedicados a la franja de edades dentro de la niñez y adolescencia. No existe una titulación

o especialización diferencial por grupos de edades y tampoco se cuenta con la asignación de psicólogos de acuerdo a grupos etarios en los dispositivos de atención. En cuanto los Lic. en Enfermería, que cuentan con un postgrado específico en SM, no se cuenta con datos de cuántos Lic. están incluidos en distintos dispositivos de atención en SM y en particular en aquellos destinados a NNA. Esto limita las conclusiones en cuanto la distribución de recursos

- A través de las entrevistas y los materiales analizados, surge poca claridad en la ruta de atención, manteniéndose un alto flujo de ingresos a los dispositivos de emergencia pediátrica. Encontramos ausencia de protocolos de actuación en relación a los componentes de la red de SM.
- El acceso a la información y comunicación adecuada de los profesionales del sistema de atención en SM es indispensable para garantizar que NNA sean atendidos en el nivel y dispositivo que corresponda a su situación, así como para evitar las institucionalizaciones de atención tanto de corta estadía como los centros de 24 hs más allá de lo estrictamente necesario para su recuperación y reinserción familiar y social. Además, una adecuada comunicación da fluidez a la red de atención, evitando desbordes tanto de los equipos como de los dispositivos.
- Se identificaron propuestas y programas desarrollados con modelos de gestión en sintonía con los modelos de atención impulsados por la ley, que podrían constituirse como nodos de atención claves que, de generalizarse, contribuirían en el fortalecimiento y mejoramiento de la red de atención. En este documento fueron presentados como propuestas de dispositivos complementarios, los equipos móviles, el Hospital de Día para NNA con trastornos mentales, Centro Diurno, que actualmente son experiencias con poca expansión.
- Con relación a los dispositivos de corta estadía es de destacar que en este tipo de servicio de alta especialización y de carácter intensivo en SM, no hay ninguno de gestión pública, y uno sólo en el ámbito de un prestador privado dentro del SNIS. Por este motivo esta prestación es brindada por empresas privadas a través de licitaciones con el INAU o con ASSE, y por contratación directa con los prestadores privados, dentro y fuera del SNIS. Los criterios
- Con relación a los criterios de selección, asignación, supervisión y control institucional es importante señalar que el INAU tiene requerimientos bien establecidos para cada uno de los servicios a contratar, habiendo incorporado cambios en las sucesivas licitaciones en pos de mejorar las condiciones de atención. A pesar de esto, en el criterio de selección de oferentes mediante el que se realiza la elección de los servicios de atención por parte de INAU se realiza por criterios técnicos y económicos, pero el primero pondera 80% del

total; además. Aunque se destaca que en la selección resta puntaje la presencia de antecedentes de incumplimientos, observaciones y sanciones previas.

- Los centros de medio camino se hace énfasis en la necesidad de analizar cuatro aspectos fundamentales: la unificación y adecuación de los perfiles profesionales para los objetivos de cada dispositivo, actualización continua en la formación específica de los RRHH especializados; la protocolización de ingreso, permanencia y egreso de usuarios, incluyendo el registro de las evaluaciones e intervenciones; la incorporación de indicadores de evaluación de proceso y resultados de cada usuario en el monitoreo institucional.
- En el análisis de la distribución de las disciplinas en los distintos centros dentro de la misma categoría, vemos que el coeficiente entre las horas semanales de algunas disciplinas por usuario presenta diferencias significativas.
- Asimismo, en varios de ellos se constata que la hora asignada no corresponde con lo que se espera de esa disciplina. También la relación hora/usuario/a de cada disciplina marca una tendencia hacia el tipo de intervenciones que se realizan en los centros, (como ejemplo hay Centros de Atención Integral en Salud Mental que tienen mayoritariamente horas de enfermería, cuando los objetivos de dichos dispositivos son socio-educativos.
- Sería recomendable que las instituciones utilicen estándares en común, en cuanto al modelo de atención, calidad de servicios y cantidad y perfil de los recursos humanos. Estos estándares deberían estar establecidos por los organismos reguladores de la atención de la Salud Mental (MSP) u organismos vinculados al monitoreo de DDHH, y aplicable en todos los prestadores de salud.
- Se constata que se utilizan distintas denominaciones para algunos perfiles profesionales que trabajan en estos centros como: “operadores” y “acompañantes terapéuticos”, “educadores”, “cuidadores”, sin que queden bien definidos los requerimientos en cuanto a su formación y las funciones específicas. Sería importante alcanzar un lenguaje común para definir perfiles técnicos profesionales de disciplinas. Se percibe la necesidad de formar en nuevos perfiles disciplinarios, para adecuar los servicios y las intervenciones de acuerdo al nuevo Plan Nacional de SM.
- Este informe podría aportar sugerencias en cuanto a la necesidad de este tipo de formaciones, ante las instituciones formadoras de recursos humanos profesionales en el área (UDELAR, otras universidades privadas, Institutos de Formación Docente, CENFORES, etc.)
- Respecto al control de la atención, diferentes áreas del INAU monitorean y evalúan de forma periódica el funcionamiento y la vinculación de NNA a los diferentes centros: el Programa de intervenciones especializadas lo realiza en los aspectos técnicos, la Unidad

de salud de INAU en los aspectos del área asistencial y la Subdirección General Programática en los aspectos de cumplimiento administrativo y los relativos a los reglamentos de convenio correspondientes. El instituto cuenta además con la facultad de poder concurrir e ingresar a cualquier hora y a cualquier centro sin previo aviso realizando, mediante mecanismos de relevamiento y actas de incumplimiento, las inspecciones que considere convenientes tanto en el área de atención de NNA así como de sus familias o adultos referentes, debiéndose proporcionar la documentación e información requerida. En caso de constatación de incumplimientos reiterados, se puede rescindir el contrato y hasta de aplicar multas, así como otras acciones administrativas y/o civiles que correspondan. Por otra parte, el Ministerio de salud pública también tiene la potestad de realizar los controles correspondientes además de ser el organismo que brinda las habilitaciones correspondientes, sobre la base de lo dispuesto por el área de salud mental del Ministerio. Aun así, es necesario incluir en el monitoreo la formulación de indicadores de procesos socioeducativos y de rehabilitación, más allá de los indicadores objetivos.

- Es importante tener en cuenta el cuidado de los profesionales que cuidan y atienden la SM de NNA, para eso se realizan en este documento una serie de recomendaciones que pueden servir de guía para avanzar en este sentido.
- Es necesario tener en cuenta la interseccionalidad en las poblaciones atendidas, así como la consideración en los servicios de acuerdo al curso de vida, diferenciando propuestas por rangos etarios, y en algunas condiciones específicas, como es el caso de discapacidades severas que requieren condiciones especiales tanto en el acondicionamiento edilicio, las estrategias terapéuticas y socio-educativas, como en la profesionalización del personal
- Se constatan problemáticas emergentes que requerirán de mayores profundizaciones para determinar las problemáticas de salud mental en la población priorizada. Estas pueden identificarse como vulneraciones que viven NNA por situaciones de violencia, trata y abuso sexual, consumo problemático de sustancias, madres con hijos en situación de privación de libertad.
- En el origen de la identificación de los problemas de salud mental de NNA debe identificarse el diagnóstico teniendo en cuenta las condiciones del contexto, pero sobre todo se debería hacer foco en la identificación de las necesidades de apoyo tanto individuales como del ambiente familiar de pertenencia.
- Los centros de corta estadía y de medio camino existentes difieren en sus prácticas profesionales, están claramente identificados los requerimientos de los espacios físicos y el control administrativo, sin embargo, no surgen del análisis la implementación de indicadores de calidad desde la perspectiva de derechos. No hay criterios comunes (más allá del diagnóstico) sobre el ingreso, permanencia y egreso.

- Las intervenciones mayormente están orientadas al diagnóstico psicopatológico, a la reducción de síntomas, reduciendo la posibilidad de ver necesidades integrales, esto es una limitación, pero también se consideran fortalezas a potenciar.
- No surge de los dispositivos la implementación de las formas de participación de NNA en sus procesos.

6. Recomendaciones y propuestas

En este apartado se presentan una serie de propuestas para los dispositivos de atención en SM destinados a NNA.

En primer lugar, se presentan propuestas sobre la base de dispositivos ya existentes, que, por su valoración positiva, podrían considerarse como medidas complementarias y alternativas que disminuirían el número de demandas de ingreso a los centros cerrados, si se incorporan a la red de atención y se amplía en número y por ende en recursos.

En el punto 2, se expondrán algunas propuestas transversales a la red de atención, importantes para todos los dispositivos analizados.

Posteriormente, se revisarán las propuestas para los centros de atención de mediana estadía y corta estadía que atienden a niños en situaciones de agudeza de salud mental.

6.1 Propuestas de dispositivos de atención intermedios para fortalecer la red de atención.

Este tipo de proyectos y recursos necesarios para llevarlos a cabo varían, pero según lo evaluado por el equipo consultor, a pesar de la importancia, estos son en general escasos e insuficientes. Dentro de estos, se destacan los siguientes:

Recomendaciones para la creación de Hospitales de día

Se plantea la incorporación de más dispositivos y la extensión del Hospital de Día existente, con una distribución geográfica regional, que contemple y agrupe las diferentes localidades del país.

El Hospital de Día tiene un rol fundamental como dispositivo intermedio, permitiendo la continuidad asistencial de NNA que requieren intervenciones intensivas sin necesidad de hospitalización de 24 horas.

A continuación, se comentan las recomendaciones recogidas por el equipo consultor, tomando en cuenta a) la experiencia del Hospital de Día del Hospital Pereira Rossell (funcionando desde

2021), b) las necesidades planteadas por los diferentes referentes entrevistados y c) las recomendaciones recogidas de experiencias internacionales.

Funcionamiento	De 5 a 7 veces por semana, con horario amplio en la mañana y en la tarde
Capacidad	Definida por plazas de acuerdo a la dimensión del dispositivo. Una plaza se define por la capacidad de horas que ofrece el dispositivo, por lo cual, en una plaza prevista, pueden concurrir varios usuarios considerando la extensión del horario y la estrategia de tratamiento planteada en cada caso.
Principales actividades para brindar	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Intervenciones terapéuticas (intervenciones psicológicas grupales, intervenciones terapéuticas individuales en forma puntual, trabajo en el área de educación social, terapia ocupacional, intervención psicomotriz, talleres: (cocina, huerta, lectura-narración, pintura, sexualidad, entre otros, donde el acompañamiento y la intervención terapéutica se encuentran presente). • Intervención del Psiquiatra Pediátrico del HD asegurando del acceso y cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por los psiquiatras tratantes. • Coordinación con Aula Hospitalaria de CHPR. • Intercambios con el entorno familiar.
Proceso de atención	<p>Ingreso a través de la derivación de los equipos de salud mental.</p> <p>Se destaca dentro de los equipos de salud mental derivadores (1. Equipos Comunitarios de Salud Mental de Montevideo y área metropolitana, 2. Equipos de psiquiatría que asisten NNA hospitalizados en el Hospital Pediátrico, 3. Psiquiatras de las policlínicas especializadas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Pediátrico. 4. Psiquiatras de Centros de 24 horas o Medio Camino de INAU).</p> <p>Instancia mensual de gestión de plazas. En esta instancia se acuerda o no el ingreso del NNA, contemplando un período de prueba, tiempo en el que el paciente y su entorno conocen el dispositivo y su funcionamiento y el equipo técnico evalúa la pertinencia del tratamiento. Se elabora en esta etapa un plan individual e integral, en el que participan activamente los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>En forma semanal, el Equipo Técnico se reúne para intercambiar sobre los diferentes aspectos de la evolución de cada paciente y del grupo, ajustando lo que sea necesario. Es</p>

	<p>recomendable que con una frecuencia mensual sea evaluado el avance del plan terapéutico individual.</p> <p>Previo al alta se elaboran orientaciones a las familias o centros de residencia del NNA, y se realicen coordinaciones que permitan sostener el egreso en el ámbito comunitario.</p> <p>Los Psiquiatras y/o equipos que derivan, deben continuar el seguimiento psiquiátrico del NNA durante el transcurso de la atención en el Hospital de Día</p>
Articulación con red de atención	La articulación entre el dispositivo de hospital de día y la red de atención.
Recursos edilicios	Requiere contar con espacios y equipamiento ajustados para dar respuesta a las necesidades y cumplimiento de los objetivos planteados: consultorios, espacios cerrados y espacios abiertos para esparcimiento y realización de actividades, cocina equipada para uso conjunto, baños y habitación condicionada con estructura, mobiliario y materiales que ayudan a la regulación emocional en casos de crisis y situaciones de difícil manejo.
Recursos humanos	<p>Uno de los pilares debe ser el trabajo interdisciplinar, potenciando los resultados en la estabilización clínica, inserción familiar, educativa y social de los pacientes.</p> <p>El equipo debe conformarse por las áreas de trabajo social, enfermería, psicología, psiquiatría pediátrica y de adultos, psicomotricidad y educación social en forma continua, con la posibilidad de establecer la intervención de otros técnicos externos si es necesario.</p> <p>Se anexa al final del documento la composición de los recursos humanos de Hospital de Día del Pereira Rossell (Ver tabla 11)</p>

Recomendaciones para el progreso de recursos para dispositivos en Emergencia Pediátrica

Se propone la creación de subunidades de Emergencia Psiquiátrica dentro de la emergencia pediátrica para la atención de las urgencias psiquiátricas. En lo edilicio, este incluiría consultorio para entrevistas que asegure condiciones de privacidad, *shockroom* (contención inicial de la situación de crisis que permita el manejo del NNA en condiciones de seguridad para este y el personal), unidad de observación, mini office (destinado a personal de enfermería que permita

un adecuado resguardo de medicación psiquiátrica y otros implementos específicos), sanitario adecuado a población pediátrica y población con discapacidad. Se propone también la necesidad de personal y capacitaciones permanentes sobre el manejo general de situaciones de urgencia en psiquiatría pediátrica.

Desarrollo de programas de capacitación e Implementación de aulas hospitalarias.

Los niños con problemas de salud mental, para ser hospitalizados en Hospitales Pediátricos o generales, requieren áreas con adecuaciones edilicias, recursos humanos y estrategias de tratamiento. A continuación, se destacan algunas recomendaciones basadas en experiencias nacionales e internacionales

Adecuaciones específicas para la atención a NNA hospitalizados en Hospitales Pediátricos o Generales.

Adecuaciones específicas	
Adecuaciones edilicias	La adecuación de las salas, espacios y apartados en los hospitales pediátricos polivalentes, prácticamente inexistentes, parece esencial para el adecuado manejo de situaciones con ciertos riesgos. Entre ellos, se destacan los episodios psicóticos agudos, las crisis de excitación psicomotriz de etiologías variadas, los NNA que ingresan por conductas del espectro suicida y que requieren ciertos niveles de protección y pacientes con discapacidad para evitar la sobrecarga sensorial propia del hospital.
Recursos humanos	<p>En prácticamente todas las entrevistas realizadas por el equipo consultor se destacó la necesidad de mejorar aspectos del ambiente terapéutico y de recursos humanos. Para el manejo de estas situaciones se requiere constante capacitación de los recursos humanos, especialmente del equipo de enfermería y cuidadores de hospital. Los objetivos son evitar la escalada de conflictos, para los que se pueden impartir programas específicos.</p> <p>En este sentido, se ha visto que la escalada de conflictos muchas veces tiene su origen en aspectos de la conducta del equipo de asistencia, como es la creación de expectativas de control de conducta inadecuadas para la capacidad del paciente en dicho momento o las fallas en la comunicación de la conducta esperada (10).</p>

Programa de Capacitaciones	
Definición	Capacitaciones a personal que se encuentra en atención directa a pacientes, como enfermeros, asistentes sociales, educadores, talleristas, cuidadores, entre otros.
Áreas necesarias de capacitación	El entrenamiento del personal para actuar en forma eficaz frente a NNA con riesgo para sí mismos o terceros resulta fundamental, como son estrategias para disminuir la violencia y el aislamiento y períodos breves de contención física (10) o farmacológicas preparadas e indicadas en forma específica y por psiquiatra pediátrico.
Aula Hospitalaria	
Definición	El aula hospitalaria se puede precisar como un espacio abierto para todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentran hospitalizados. Tiene el fin de mantener la conexión con el sistema educativo, dando continuidad al derecho a la educación durante períodos de alta vulnerabilidad como es la hospitalización y que puedan continuar con los procesos de aprendizaje.
Importancia	Se debe entender que los períodos de hospitalización por problemas de salud física o mental son particularmente críticos, hay un alejamiento de los ámbitos educativos e impactan en la calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes y sus familiares. Por este motivo, el funcionamiento de un sector que permita la continuidad en el sector educativo tiene una importancia notoria para la salud mental.
Desarrollo	Se recomienda contar con un espacio físico identificado, con integración de NNA sin restricciones por edad ni motivo de hospitalización, con maestras especializadas que diseñan un proyecto pedagógico durante el tiempo de permanencia en el Aula, atención durante la hospitalización y luego del alta si las condiciones para la reinserción educativa lo requieren. Se enfatiza la importancia de la coordinación con el resto del equipo asistencial.
Experiencia actual	La clínica de Psiquiatría Pediátrica en conjunto con el área de Educación Especial de ANEP, llevó a cabo el primer proyecto de aula hospitalaria que comenzó su funcionamiento en el 2007. [9]. En nuestro país existen 2 aulas hospitalarias más, una de ellas en el Hospital de Tacuarembó y la otra en la clínica Diaverum, en el servicio de diálisis.
Incorporación de Educadores Sociales al equipo de atención	
Importancia	Incorporación de Educadores Sociales al equipo de atención. La incorporación del perfil de Educador Social al trabajo interdisciplinario e interinstitucional, se considera un pilar

	necesario que enriquece la atención a los pacientes, fortalece el nexo y coordinación entre el sistema de salud y el sistema educativo y ofrece alternativas y abordajes complementarios de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. La Clínica de Psiquiatría Pediátrica cuenta desde el año 2021 con pasantías de Educadores Sociales, en acuerdo con el Instituto de Formación en Educación Social (IFES), dependiente del área de Formación Docentes de ANEP. Durante las pasantías, los estudiantes se involucran con la atención a pacientes hospitalizados y pacientes que se asisten en el Hospital de Día. Desde la Clínica se realiza coordinación con los docentes de IFES.
Desarrollo	Pueden consistir en expresión corporal, yoga, taller de arte, taller de música. Se recomienda que sean permanentes, parte del funcionamiento y no ocasionales ni dependientes de circunstancias especiales.

Dispositivos móviles para la red de atención

Sería importante poder evaluar los resultados de los dispositivos móviles para la atención de la SM de NNA, de reciente implementación en INAU, para considerar la ampliación de su cobertura y replicación de los mismos en otros territorios. Desde el equipo consultor, consideramos importante que el INAU haya incluido en sus nuevos pliegos de licitación la figura del acompañante terapéutico para los Centros de atención integral en salud mental. Asimismo, consideramos que podría ser también beneficioso incluirles en otros dispositivos de la red cuando esté indicado por un equipo de salud mental especializado.

6.2 Propuestas transversales a los diferentes dispositivos de atención

Ubicación de los Centros

Un aspecto importante es la ubicación geográfica de los Centros, dado que como se ha mencionado, existe una concentración de ofertas en el área Metropolitana, fundamentalmente en Montevideo. Esto dificulta el acceso, pero fundamentalmente no sería recomendable el alejamiento de NNA de su entorno familiar y social de referencia, y puede limitar la posibilidades de inclusión al egreso. Es recomendable regionalizar los Centros, lo que implica tener un conocimiento basado en la epidemiología social de la distribución de NNA con problemáticas severas de SM. Para avanzar en este sentido, se debe considerar la falta de RRHH especializados (psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, etc.) en la mayoría de los departamentos. Desde las políticas, resulta necesario fomentar el estímulo y la formación de profesionales en distintos puntos del país que requieran contar con equipos

interdisciplinarios para estos dispositivos. Por lo cual la ampliación de dispositivos se debe acompañar de estrategias de formación de recursos locales, y eventualmente de un mejor estímulo para la radicación de profesionales de salud mental en el interior.

Consideramos que no existe una fundamentación consistente para la determinación del ingreso a los centros por tipo de patología, sino que sería más adecuado realizarlo por necesidades de apoyo para el mejor funcionamiento individual. Por tanto, los Centros en cuanto a especialización podrían incluir NNA con diferentes diagnósticos psicopatológicos de base, incluyendo distintas situaciones de discapacidad. El concepto de accesibilidad y por ende de necesidades de apoyo, puede ser la base como criterio, para la diferenciación o requerimientos de una mayor especialización de los servicios.

6.3 Propuestas para consentimiento informado y la información para la anuencia de NNA

La nueva Ley de SM así como el Plan Nacional de SM, resaltan la necesidad de considerar a usuarias y usuarios como sujetos de derechos, activos participantes de sus procesos de recuperación. En este aspecto resulta fundamental el consentimiento informado, lo cual implica adaptar la información para NNA.

Para esto es importante tener en cuenta:

- a. La capacidad de comprensión de la información que recibe, 2- la constatación de que comprende lo que se le comunica, 3-la posibilidad de asentir o no sobre lo que se le comunica. Por tanto, la información que se le brinda debe ser accesible para cumplir con los puntos anteriores.

Además de la edad, la situación cognitiva y emocional en la que se encuentren NNA, y las limitaciones en la comunicación que puedan presentar, es recomendable el uso de estrategias aumentativas y alternativas de comunicación y presentar distintos formatos accesibles (ONU, 2006).

Estas pueden ser:

- Brindar información en Lengua de Señas cuando es sordo/a o hipoacúsico signante.
- Información en Braille.
- Utilizar pictogramas.
- Utilizar información en Lectura Fácil.

En este sentido se pueden establecer informaciones estandarizadas por ej. sobre: qué es el Centro, a quienes pueden encontrar (qué trabajadores profesionales y no profesionales), qué hace el centro (objetivos de recuperación para la inclusión nuevamente en su lugar de origen), qué tipo de actividades se desarrollan y sobre todo para qué está allí. También pueden incluirse agendas y calendarios para el desarrollo de las actividades.

- b. Contar con esta información en lectura fácil y pictogramas, además de recoger el asentimiento puede ser un elemento que permita establecer un mejor contacto inicial en una institución desconocida, bajar temores y ansiedades, a la vez que les habilita a preguntar las dudas que tengan. Para elaborar estos materiales se requiere de un proceso de trabajo con profesionales que en forma externa pueden desarrollar estos productos, pero a la vez se estandarizan y pueden reproducirse todas las veces que sea necesario.
- c. Contar con herramientas de información accesibles protocolizadas, tales como folletos informativos en y con pictogramas, consentimiento informado o de fácil comprensión, a la vez que garantiza el derecho a las personas a estar informadas de las estrategias a desarrollar, posibilita la colaboración y participación en dicho proceso. Esto en sí mismo redundaría en un beneficio para los profesionales que intervienen en la tarea.
- d. Monitoreo del cumplimiento de los estándares mínimos necesarios, desde un enfoque de derechos humanos, posibilitando mecanismos de control y seguimiento.

6.4 Consideraciones del cuidado a quienes cuidan: el equipo de trabajo

Los equipos de salud mental además de trabajar en la tensión y el estrés de las problemáticas que aborda están sometidos al estrés jerárquico institucional al que pertenecen. Por tanto, es esencial tener en cuenta el bienestar del personal para llevar adelante la tarea. Esto redundaría tanto en la calidad de atención como en el interés y la motivación para la formación continua, así como para centrarse en la recuperación de los NNA usuarios de los servicios. La comprensión y lógica del funcionamiento de la red de atención en salud mental, la información de los recursos disponibles, así como la claridad en los procedimientos, es un componente central. Para ello, cobra fuerza la necesidad de contar con un programa de comunicación que involucre y comparta las decisiones político-institucionales tanto como los recursos y procedimientos y protocolos de actuación. Una información adecuada y accesible reduce tensiones en la medida que evita que los equipos destinen parte de su tiempo a la búsqueda individual de recursos de derivación cada vez y en cada situación.

Al respecto, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental de Chile (2018) propone

las siguientes estrategias para el cuidado de los equipos de SM. Se plantean en este documento por considerar que las estrategias y actividades pueden ser generalizables al contextos uruguayo en la medida que se pretende garantizar el cuidado de los equipos.

Sugerencias de estrategias y principales actividades para el cuidado del Equipo en los distintos dispositivos de SM:

Estrategias	Principales actividades
Disponer de tiempo para programar, evaluar, analizar temas atinentes y estudiar colectivamente	Asegurar horas protegidas para la programación del equipo
Alineación del equipo	Cada integrante del equipo alinee sus objetivos individuales coherentemente con los objetivos del equipo. Capacitación al equipo en las modalidades terapéuticas asumidas con el nodo o punto de atención, basadas en evidencia. Capacitación para la formación de equipos de cuidados. Definir incentivos para el trabajo en salud mental (acceso a capacitaciones, por ejemplo).
Manejo adecuado del equipo en: comunicación, asertividad, transparencia, confianza, lealtad, emociones, entre otros	Reuniones técnicas. Jornadas de trabajo. Capacitación en trabajo en equipo. Capacitación para el incremento seguridad personal en el desempeño de tareas. Proceso de inducción a nuevo integrante al equipo.
Evitar la sobrecarga de trabajo	Gestión de contratación de recurso humano faltante. Reemplazo de licencias médicas.
Espacios de supervisión técnica, externa, para resolver problemas que interfieran en el trabajo.	Contar con equipo externo de apoyo en trabajo en equipo
Promoción de espacios para el cuidado reconocidos por la jefatura y la autoridad.	Contar con espacios resguardados, programados y planificados para la realización de actividades de cuidado.

Fuente: Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental de Chile. P.104

Asimismo, se plantean estrategias y acciones que mejoran los resultados del equipo de atención (P.105):

- Reuniones de revisión clínica, al menos, una vez a la semana.
- Reuniones integradas de los equipos de los distintos nodos y puntos de atención.
- Asambleas quincenales/mensuales de las personas usuarias de la red, en cada nodo y punto de atención.
- Revisión periódica planificada del funcionamiento de los equipos.
- Cada nodo y punto de atención asigna un gestor/a terapéutico/a, que interactúa cercanamente
- con la persona y su familia, favoreciendo su participación activa en el proceso de recuperación.
- Procedimientos claros para resolver los desacuerdos entre los integrantes del equipo.
- Fortalecimiento de las competencias del equipo a través de procesos de educación continua.
- Plan de autocuidado de equipo.
- Protocolo interno de resolución de contingencias.

Si bien las estrategias y actividades señaladas se plantean para equipos que atienden problemas de salud mental en general, pueden ser orientadores para la atención de NNA, tomando en cuenta el curso de vida y las temáticas transversales. Esto es tanto para las capacitaciones y actualizaciones necesarias a partir de las situaciones presentadas, como en la identificación de los nodos de la red que participan en el proceso de atención. En este aspecto, se ha mencionado ya el sistema educativo como un componente central en la recuperación y posibilidades de inclusión, la atención a la salud integral a partir de los referentes de salud locales, las redes comunitarias de recreación y deporte, así como el acompañamiento familiar

De acuerdo con la información recabada en nuestro contexto, se percibe la necesidad de realizar capacitaciones específicas para la atención de esta población priorizada. Existe la experiencia de capacitaciones generales para avanzar en temas de Salud Mental en el ámbito de funcionarios de salud, en este caso se señala la importancia de realizar capacitaciones con mayor profundidad a un menor número de funcionarios debido al alto grado de especificidad en la temática. Un recurso disponible, además, pueden ser capacitaciones ad hoc, en el formato de tele formación. Esta modalidad implica la contratación de profesionales con alta especialización en temáticas concretas que puedan ser orientadores frente a situaciones de difícil abordaje, qué determinado equipo considere necesario tener una orientación específica o una consulta. En este punto podrían identificarse: profesionales con alta formación en temáticas transversales, por ejemplo,

violencia familiar, abuso sexual, expertos en comunicación accesible aumentativa y alternativa, intérprete de LS, etc.

Un adecuado funcionamiento del equipo interdisciplinario implica la posibilidad de obtener resultados positivos sobre las actividades que realizan. Para ello, es importante que, más allá de desarrollar una intervención intramuros, el adecuado resultado se conjuga con la posibilidad de un egreso seguro de la población que atiende. Esto reduce la sensación de frustración que puede experimentarse cuando no se cuenta con un vínculo fluido con otros actores a nivel local de apoyo y referencia.

6.5 Propuestas para el progreso de dispositivos de corta y mediana estadía.

6.5.1 Unidades de hospitalización de corta estadía para niños con problemas de salud mental (CCE)

Como fue consignado en el proceso de relevamiento de información para el presente informe, se detectó un vacío de CCE para la atención intensiva de salud mental para NNA dentro del SNIS, tanto a nivel público como privado. Por este motivo, la primera recomendación sobre esta modalidad de atención se enfoca en la necesidad de que dentro del SNIS existan CCE con estándares de calidad y de derechos de NNA, que brinde un modelo de referencia y sistema de monitoreo, como base para la creación de nuevos CCE, en base a la estimación de necesidades por territorio o región. Debería evitarse la concentración de estos servicios exclusivamente en Montevideo y Área metropolitana. Estos CCE deben estar claramente integrados en la red de atención en Salud Mental con dispositivos de menor complejidad que eviten una excesiva demanda de ingreso y respuestas para el egreso, para evitar la prolongación de las hospitalizaciones en estos dispositivos de corta estadía.

La hospitalización psiquiátrica de corta estadía constituye un recurso fundamental y necesario en el abordaje de situaciones de urgencia, que por su gravedad, estado de crisis, o agudeza, implican la necesidad imperiosa de establecer tratamientos intensivos, con utilización de herramientas psicofarmacológicas y psicosociales, desde un dispositivo que ofrezca contención, asegure el bienestar y evite el riesgo de autolesiones o lesiones dirigidas a otros, desde una mirada que ofrece tratamientos individualizados contemplando las necesidades particulares del usuario y con apoyo hacia la familia.

Se trata de un plan o herramienta necesaria en individuos que cursan trastornos mentales o condiciones que no pueden resolverse en el primer nivel de atención y que necesitan de mayor densidad tecnológica desde lo edilicio (contención, seguridad, monitoreo) y/o desde la

especialización en la atención, que se debe de implementar rápidamente, sin demoras, y tiende a resolverse en un plazo de días o semanas.

Tiene por objeto realizar diagnóstico y tratamiento integral a personas que presentan sintomatología severa en forma aguda o reagudización de un trastorno mental previo que requieren niveles de protección y seguridad mayor a los que puede brindar el hospital general.

Se plantea que estos ingresos deben ser contextualizados dentro de un ejercicio de derechos, y garantizando condiciones de igualdad y respeto bajo estrictas normas de seguridad y condiciones adecuadas.

El ingreso de NNA a estos centros representa la cara visible de una problemática compleja y de gran magnitud, que involucra aspectos biológicos, sociológicos, culturales, filosóficos, económicos, de asignación de recursos, y de las políticas de salud. Sin embargo, existen situaciones en que la presencia de conductas disruptivas genera tan grave malestar y/o riesgo para sí mismos o para terceros que los recursos de los dispositivos ambulatorios o en hospitales generales se ven sobrepasados y no logran brindar la atención requerida.

En lo que se refiere a las internaciones psiquiátricas de NNA en centros de atención en Salud Mental, existen en nuestro país “Unidades de Corta Estadía de Psiquiatría”, conocidas en nuestro medio habitualmente como “Clínicas de agudos” o “Clínicas Psiquiátricas de agudos” se articulan con los distintos niveles de atención en salud mental y reciben NNA derivados desde ASSE y desde prestadores privados integrales (IAMPP y Seguros Médicos).

Se trata de Centros privados, que son contratados por los distintos prestadores de salud y ofrecen servicios de alojamiento, alimentación y de tratamiento, durante la internación psiquiátrica para NNA.

Con referencia a los NNA ingresados en CCE, estos reciben usuarios de ASSE, así como de centros privados de Montevideo e Interior. En ASSE, la Unidad Ejecutora que cuenta con licitaciones con estos servicios es el Centro Hospitalario Pereira Rossell, pero también INAU convenia con estos centros. Esto motiva que desde todo el país, cuando se requiere el ingreso de NNA a estos dispositivos por motivos de mayor seguridad o contención, se debe transitar el pasaje por el Departamento de Emergencia del Pereira Rossell, donde debe ser evaluado por Psiquiatra Pediátrico, y posteriormente ser trasladado a los CCE, fundamentalmente del DEP-CHPR que dispone de un único Psiquiatra Pediátrico de guardia, debiendo atender situaciones complejas en Emergencia y en Piso de Pediatría y utilización de los recursos logísticos y edilicios, generando una sobreutilización de consultorios (en DEP, del *shockroom*), *burnout* de los recursos humanos (enfermería, nurse coordinador, residentes) y desgaste de usuarios y de sus familias.

En relación con los Sectores Privados, de las IAMPP consultadas, solamente una dispone de un recurso propio, cuando se requieren hospitalizaciones en unidades de mayor complejidad tecnológica, mientras que, en las demás instituciones, no existen tales recursos, sino que se contratan servicios tercerizados privados, o las internaciones se realizan en salas pediátricas de Hospitales generales cuando es posible.

Criterios de Ingreso a CCE

En nuestro medio, existen situaciones clínicas agudas que deben ser objeto de hospitalización, ya sea por la gravedad del cuadro clínico individual, las carencias en el soporte familiar y social y el potencial riesgo vital inminente para sí mismo o el entorno. Las derivaciones a servicios que requieren de cuidados especializados permanentes y atención en centros de 24 h durante periodos breves de tiempo, pueden deberse a distintos motivos. A modo de ejemplo se señalan algunos:

- Naturaleza urgente del cuadro
- Necesidad de implementar un tratamiento rápido y que necesite de monitoreo y supervisión permanente
- Conductas que implican riesgo para sí mismo o terceros.

Algunas de estas situaciones, podrían ser objeto de internaciones en hospitales o sanatorios generales, sin embargo, surge de la información recabada en las entrevistas, que existen importantes vacíos en cuanto a la seguridad edilicia y a la capacitación del personal para su atención en servicios de salud de primer y segundo nivel. (equipos comunitarios de salud mental, servicios de emergencia, hospitales generales o pediátricos, etc.)

Los niños y adolescentes que requieren de tratamientos en Centros de Corta estadía cursan situaciones clínicas agudas o descompensaciones de enfermedades psiquiátricas, que no pueden resolverse en el primer nivel de atención ni en la emergencia pediátrica.

Entre estas situaciones, y a modo de ejemplo se señalan algunas condiciones que pueden requerir su ingreso a estos dispositivos:

- Crisis de excitación psicomotriz prolongadas, severas, de difícil contención que pueden cursar con riesgo de autolesiones o lesiones dirigidas a otros.
- Psicosis agudas o crónicas descompensadas, que, por su gravedad, agresividad o delirio acompañante, no pueden ser abordados en forma ambulatoria o en hospital general, o en el primer nivel.
- NNA con alto riesgo suicida, a los que no se les pueda asegurar una contención adecuada en servicios con hospitalización abierta.

- Uso problemático de sustancias, con finalidades de desintoxicación aguda, tratamiento de comorbilidades o por el riesgo suicida.
- Trastorno del Espectro del Autismo o discapacidad intelectual con agresividad importante hacia sí mismos o el entorno, o frente a necesidad de ingreso para ajuste de medicación o wash out cuando no es posible desde lo ambulatorio.
- NNA víctimas de violencia o malos tratos, muchas veces bajo la órbita de INAU que presentan historias de traumas complejos, con alteraciones vinculares severas de forma temprana y cursan con problemas psicopatológicos graves, con desregulaciones emocionales, niveles elevados de agresividad y exposición a conductas de riesgo, autolesiones o conductas delictivas.

Con relación al alcance, cumplimientos y limitaciones de la ley, uno de los entrevistados indicaba: “La ley es clara, las internaciones deben ser breves, en hospitales generales y lo menos estigmatizantes posibles”, sin embargo, el hospital general debería tener un espacio más adecuado para estas situaciones de agudeza que se adapte a las necesidades de los usuarios.

Esto deja en evidencia las carencias en temas de seguridad edilicia, recursos humanos capacitados y especializados, surgiendo como una necesidad que las políticas públicas se acompañen de cambios culturales, económicos, funcionales, estructurales de las instituciones, para priorizar los derechos de los usuarios, teniendo en cuenta su etapa vital y el reintegro a su vida cotidiana en el menor tiempo posible y en las mejores condiciones.

A su vez, es notoria en este tipo de dispositivos específicos, la concentración de los mismos en la capital y la ausencia en el resto del país.

Procesos de atención

El tránsito durante la estadía en CCE por parte del NNA debe ser considerado desde una mirada integral, individual de la persona, contemplando sus necesidades y particularidades, que incluya alimentación adecuada, ambiente propicio de descanso nocturno, utilización de espacios comunes para recreación, propuestas recreativas que estimulen y promuevan el bienestar y el desarrollo de hábitos saludables, consultas en salud mental, con equipo interdisciplinario que podrá estar integrado por: Psiquiatra Pediátrico, Psicólogo con formación en NNA, Trabajo social, Educador social, Talleristas.

Organización del Servicio

Están destinadas a niños o adolescentes con trastorno mental severo agudizado o a situaciones agudas y/o que requieren de atención urgente, supervisada y en continuidad. No debería

incluirse como motivo de ingreso, las razones sociales, la falta de vivienda, o la espera de resoluciones judiciales.

En cuanto al relevamiento de dispositivos específicos para NNA, se consultaron dos centros uno de los cuales tiene convenio con ASSE y otro con INAU

Se perseguirán los siguientes objetivos:

- Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona, buscando la estabilidad clínica a través del sostén de los tratamientos
- Habilitar y facilitar la inclusión socio-familiar, promoviendo la autonomía, generando hábitos saludables y cambios en conductas problemáticas, conductas de riesgo y autolesiones.
- Tomar distancia y descomprimir de situaciones familiares caóticas y disfuncionales, donde el abordaje intensivo con el NNA y su familia permita iniciar posibilidades de reparación y disminución de escalada de conductas peligrosas.
- Iniciar, adecuar y ajustar tratamientos psicofarmacológicos acompañados de tratamientos psicosociales con apoyo e intervención con las familias y/o referentes o tutores
- Elaborar y desarrollar un Plan para el egreso individualizado, en el contexto de la red territorial existente, coordinando con el dispositivo ambulatorio de Salud, Salud Mental, Educativos y de Protección en su territorio.

Los CCE deberían contar con un equipo de atención compuesto por profesionales y técnicos del área de la salud mental especializados en infancias y adolescencias, profesionales de la salud formados en intervención en situaciones de crisis y manejo de situaciones de excitación psicomotriz e intentos de autoeliminación, a su vez, se debe de disponer de recursos recreativos, mediante talleres que estimulen y enseñen habilidades para la vida cotidiana y fomenten la creatividad y/o actividades deportivas.

El equipo para constituirse en interdisciplinario, además de una sólida formación en su especificidad, requiere de enfoque de derechos, contemplando aspectos culturales, étnicos, religiosos y de curso de vida.

Con relación al control del cumplimiento y fiscalización por parte del MSP en estos centros, se propone, por parte de los entrevistados, que exista una fiscalización y control que contemple además de los aspectos edilicios, la capacitación del personal y la oferta de apoyos, posiblemente con ayuda de Telemedicina como herramienta de capacitación específica en centros del interior del país.

Condiciones de Egreso: Plan Centrado en la Recuperación

Desde el modelo de Salud Mental Comunitaria, se considera que cualquier tipo de intervención necesaria se debe contemplar desde una mirada puesta en los logros, estableciendo a los lugares de atención como un espacio de tránsito claves en la recuperación. De esta forma, la persona con un problema de la salud mental, una vez estable, no requerirá atención en servicios de más “densidad tecnológica” o de mayor complejidad, sino que se beneficiará de ser atendido en el primer nivel, reduciendo el estigma, la discriminación y permitiéndole desarrollar mayor autonomía e independencia, desde el entorno de inclusión socio-comunitario.

Los criterios de egreso deben contemplar:

- Mejoría clínica y estabilidad clínica del cuadro psicopatológico que motiva el ingreso
- Abordaje con referentes y/o familiares, que puedan colaborar en el proceso de tránsito y alta, asegurándose un seguimiento ambulatorio estrecho.
- En el caso de los IAE (intentos de autoeliminación) y conductas del espectro del suicidio, debe realizarse una estrecha referencia-contrarreferencia, utilizando mecanismos de derivación asistida dentro de la red de atención en SM.

En el transcurso de la presente consultoría, el MSP con la participación de la Comisión Intersectorial de Salud Mental, la Academia, y organismos internacionales, convocó a la creación de una estrategia de prevención y atención de las conductas suicidas, que contempla a la población de NNA.

En 2024 se establecen dentro de las Metas de Atención en Salud Mental, lo relativo a la atención y seguimiento de los IAE en todo el SNIS, cuyos objetivos persiguen asegurar la accesibilidad de atención y continuidad del usuario con IAE. Plantea que se deberá realizar una evaluación integral determinando niveles de riesgo, para determinar los requerimientos de hospitalización o atención ambulatoria. En el caso de NNA hasta los 15 años, existe una pauta previa de hospitalización breve en todos los casos de consulta por IAE. Pero existe gran heterogeneidad de criterios a partir de los 15 años. Por este motivo, entendemos que la incorporación de consensos a nivel de las metas establecidas, son muy oportunos para la magnitud del problema del suicidio en nuestro país y en la población adolescente en particular.

En los casos que hayan requerido hospitalización, luego del alta los usuarios deberán tener una consulta con equipo de salud mental en los primeros 7 días posteriores (con dispositivo IAE, espacios adolescente o psiquiatría polivalente según los recursos del prestador) habiéndose fijado día y hora previamente. El prestador deberá brindar a su vez un teléfono de contacto para

situaciones de urgencia. En el caso de NNAA debe incluirse al referente en la planificación, previo consentimiento y respetando los principios de autonomía progresiva establecidos en el CNA. El plan de tratamiento será individualizado y deberá tener con un enfoque interdisciplinario, articulando con distintos niveles e instituciones. Por tanto, el seguimiento será activo, involucrando al usuario y a su familia/referentes, debiendo asegurarse la atención y el seguimiento luego del IAE. En el caso de inasistencias deberá llamarse al usuario o al referente y registrarlo en la HC. A su vez se establece un plan de prestaciones modo 2 para el usuario y sus familiares tienen derecho a ser asistidos por el equipo de salud en un modo 1 de acuerdo a las prestaciones de salud mental del SNIS (decreto No. 305/011) para personas con IAE y sus familiares. Es importante alertar y recomendar que estas acciones específicas pautadas desde el MSP para la población que ha presentado IAE, se puedan concretar en aquellas poblaciones más vulnerables como la que atañe a esta consultoría, que son los NNA en situación de protección del INAU y que presentan problemas de SM.

Consideraciones éticas

Durante el tránsito de NNA por los CCE, es necesario contar consentimiento informar a los padres y/o tutores, y asentimiento de las/los adolescentes donde se explicitan los objetivos de la hospitalización y se detallan las intervenciones que están previstas realizar. En CHPR la Clínica de Psiquiatría Pediátrica cuenta con modelos de consentimiento y asentimiento para el traslado de NNA a Clínicas de agudos, y otros diferentes para la colocación de medidas físicas en situaciones de crisis que lo requieran para la protección del sujeto y/o terceros.

Esto a su vez, debe estar correctamente asentado en la historia clínica. En las situaciones de crisis, se debe dar cumplimiento a los protocolos vigentes, dejando un registro escrito de las características de la crisis, la duración, las medidas efectuadas, desde un enfoque de seguridad de los NNA y con un equipo adecuado en un marco de protección de derechos.

Cuando se trata de adolescentes, integrarlos a estas consultas, y habilitarlos a que puedan asentir procedimientos resulta necesario, en el marco de la autonomía progresiva y desde un ejercicio de sus derechos. Cuando la internación se realiza en forma involuntaria, se debe procurar el consentimiento de padres o adultos responsables de los NNA, y posteriormente a la situación crítica, ofrecer una información detallada, con un lenguaje accesible a la edad del sujeto y posibilidades de comprensión, sobre las acciones realizadas y las propuestas durante el tiempo estimado de su permanencia en el servicio de corta estadía, que no debe exceder el requerido para la estabilización del cuadro agudo que motivó el ingreso. Una vez el NNA cuente con el alta psiquiátrica del CCE, debería ser derivado a otro dispositivo, hospital pediátrico, centro 24 horas no especializado, HD o su núcleo familiar.

Especialización de dispositivos

Los dispositivos para el tratamiento de condiciones agudas pueden tener diferentes tipos de especialización, además de ser dirigidos a determinadas franjas etarias. Las condiciones estructurales y edilicias, los programas de rehabilitación y el personal necesario, es diferente según el objetivo que se considere. Entre los elementos a tener en cuenta, es necesario contextualizar regionalmente, ya que también deben ser económicamente sustentables.

El ambiente terapéutico es el que permite a las personas disponer de un entorno saludable, seguro, digno, apropiado y con autonomía, a la vez que se mantienen y respetan los objetivos clínicos de los dispositivos (61). Es un concepto complejo, en el que entran en juego el ambiente físico, los recursos humanos, factores actitudinales, medidas de seguridad para pacientes y profesionales que asisten, pautas para manejo de conductas difíciles incluyendo la contención física y farmacológica y criterios para el ingreso y egreso de los pacientes.

El objetivo de estas recomendaciones está ligado a la premisa de aportar todas las condiciones que propicien la recuperación de los niños, niñas y adolescentes que allí se asisten, preservando la seguridad y la dignidad de las personas, reduciendo al mínimo la aplicación de medidas coercitivas, promoviendo la participación activa de la persona atendida y asegurado la continuidad asistencial luego del alta.

Para estas recomendaciones, se realizó una búsqueda nacional e internacional sobre recomendaciones. Se destaca que en la bibliografía se hace hincapié en el valor de la experiencia de las personas que han sido atendidas y la necesidad de que tengan un papel activo en la planificación de los dispositivos de Salud Mental. Cabe destacar que en varios estudios se ha visto qué pacientes y profesionales tienen diferente perspectiva en cuanto al impacto del ambiente en la recuperación y en la incidencia de comportamientos agresivos, explicando estos en mayor medida por factores relacionados con el contexto, al relacionamiento interpersonal y no a la enfermedad o el problema por el que se encuentran en atención (62). En varios estudios se ha replicado que las causas de violencia están íntimamente relacionadas con la cultura del entorno de hospitalización y la dinámica entre los pacientes y el personal que asiste, por lo que el desarrollo y práctica de habilidades de comunicación puede ayudar a disminuir las conductas violentas en estos sectores (62).

Plazas disponibles

Es imprescindible que los criterios de ingreso sean claros, ya que la indicación en un niño que no requiere una atención especializada de esta índole puede resultar perjudicial. Por otro lado, también es necesario mantener la disponibilidad requerida.

Es importante también que el servicio tenga la capacidad de atender hospitalizaciones de urgencia, asignando prioridad y evitando las “listas de espera”, con el fin de evitar que el niño o adolescente sea atendido en otros dispositivos no adecuados para su problema.

Duración de estadía en el dispositivo

Una forma de pensar la duración de los tratamientos tiene que ver con el concepto de estabilización, en cambio del concepto de tratamiento. Sobre la base de este concepto, Nurucombe propone la sistematización en 12 pasos que pueden ser de utilidad

- Formular diagnóstico biopsicosocial
- Extraer de esta formulación los problemas fundamentales potenciales
- Reformularlos como metas de estabilización
- Seleccionar las terapias apropiadas para cada meta.
- Designar una fecha para cumplirlas metas
- Para cada meta, estipular objetivos específicos.
- Seleccionar métodos de evaluación basados en los objetivos, para monitorear el plan
- Diseño de un plan de alta.
- Negociación del plan con la familia
- Implementación y monitoreo del plan.
- Revisar el plan si el progreso del paciente se detiene.
- Terminar el tratamiento cuando se hayan cumplido las metas y los objetivos.

Hay que tener en cuenta que el tiempo de estadía está relacionado con el motivo de ingreso: los pacientes con trastornos psicóticos y los pacientes con discapacidad intelectual u otros trastornos severos del desarrollo, la presencia de síntomas postraumáticos, los antecedentes de maltrato y abuso y NNA que vivían fuera de su hogar, parecen asociarse a estadías más largas (68,69). Si bien los tiempos de estadía no deben ser considerados en forma fija y general, sino que se deben tener criterios más dimensionales de la evolución integral del sujeto, entendemos que la hospitalización en CE no debería extenderse más allá de entre 30 y 60 días. Sin embargo, la Ley de SM, el primer decreto reglamentario de la misma, establecen que no debe existir un tiempo límite de 30 días para las hospitalizaciones intensivas de salud Mental y el mismo debe contemplar los tiempos de estabilización del cuadro. Asimismo, el marco legal es muy claro en cuanto a que no se deben extender las hospitalizaciones intensivas luego de que el sujeto cuente con el alta psiquiátrica dentro del dispositivo. En este sentido esta consultoría recomienda un mayor seguimiento de los tiempos de estadía y un registro de las barreras para que se efectivicen las altas a otros niveles de atención luego del alta psiquiátrica.

Equipo profesional de trabajo

Actualmente, no contamos con la definición de cuáles son los recursos humanos específicos necesarios para niños, niñas y adolescentes. La cantidad de staff se mide como número de staff por turno. Tomamos como sugerencia la propuesta de la *Asociación Americana de Psiquiatras de Niños y Adolescentes y el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido*, que entendemos responde a las necesidades de la población jerarquizada en el presente informe.

En los documentos mencionados se recomienda la presencia de un equipo constituido por:

- 1 psiquiatra Pediátrico, un psiquiatra consultante y 1 psicólogo de tiempo completo cada 10 a 12 camas.
- Integración por trabajador social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional y psicoterapeutas.
- 1 enfermera cada 2 pacientes para tratamiento intensivo y por cada 3 para tratamiento de baja intensidad.

Por otro lado, *el modelo de gestión chileno postula para CCE cada 10 camas:*

- 1 coordinador: 44 horas semanales
- 1 psiquiatra pediátrico: 44 horas semanales
- 1 médico general: 11 horas semanales
- 1 psicólogo (44 horas semanales en total)
- 2 trabajadores sociales (44 horas semanales)
- 1 terapeuta Ocupacional (44 horas semanales)
- 1 enfermero diurno (44 horas semanales)
- 1 enfermero 4º turno (4 jornadas de 44 horas semanales)
- 1 psicopedagogo (22 horas semanales)
- 1 Prof. E. Física (22 horas semanales)
- Técnicos en Turno: (44 h semanales)
- Técnicos en rehabilitación en 4º turno (4 jornadas de 44 horas semanales)
- Técnicos Paramédicos en 4º turno 12 jornadas de 44 horas
- 1 cargo Administrativos: Secretaría (44 horas)
- Auxiliares de servicio en 4º turno (4 jornadas de 44 horas)

Ambiente físico

El ambiente físico y el diseño de espacio es fundamental encontrar un equilibrio entre la seguridad, la privacidad y la dignidad (61).

Algunos puntos importantes a tener en cuenta:

- Luz solar en los diferentes sectores. Esto permite la regulación del ciclo circadiano del organismo. El ciclo circadiano está implicado en el funcionamiento fisiológico adecuado, regulando el sistema endocrino, el sistema nervioso central y periférico. Entre sus acciones se encuentra la regulación cutánea de Vitamina D, implicada en procesos afectivos, la regulación de la producción de melatonina, implicada en el sueño y mejoras en el funcionamiento metabólico, con suma importancia en una población que muchas veces recibe psicofármacos (70).
- Habitaciones y baños, con construcciones edilicias que contemplen el riesgo de la auto y heteroagresividad.
- Ambientes seguros, con infraestructura adecuada.

Se recomienda, a la hora de implementar dispositivos de CCE de referencia, en los servicios de salud públicos y privados, se consideren estos requerimientos y se puedan ajustar a las características y necesidades planteadas de nuestra población priorizada, e integrado a las respuestas necesarias desde la red de atención en SM a nivel nacional.

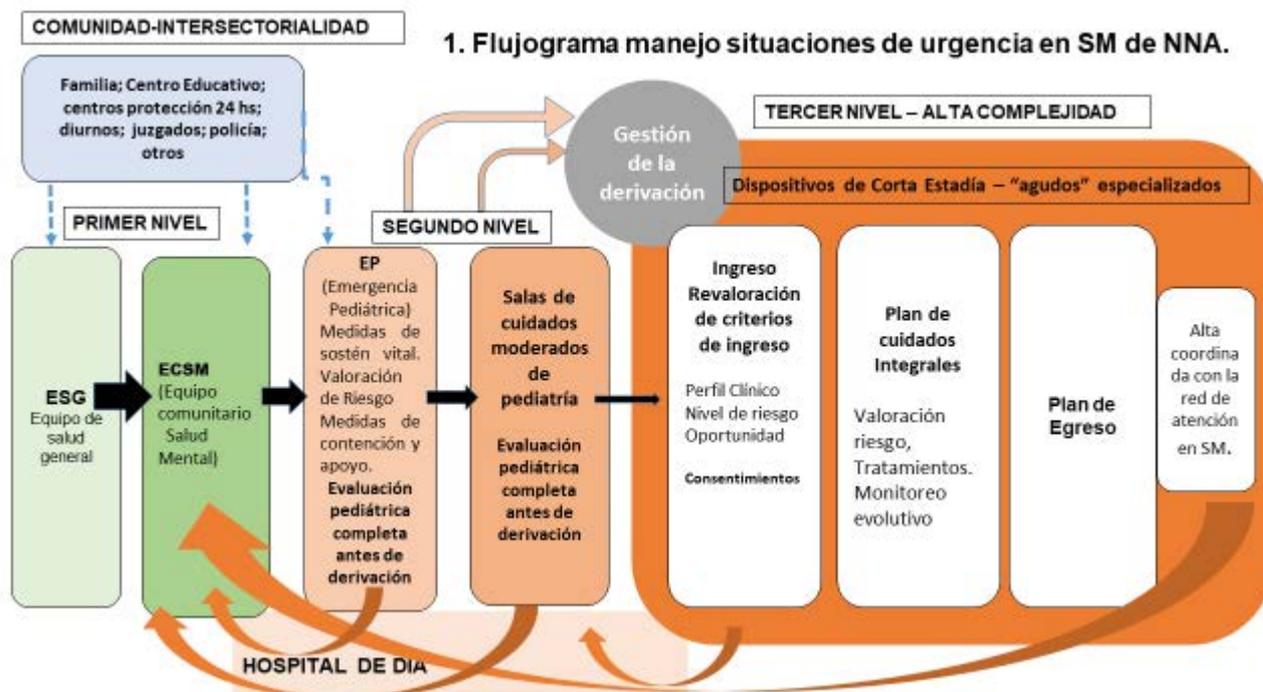
Estrategias y espacios terapéuticos

Es fundamental la creación de espacios adecuados que fomenten la recuperación, con adecuados tiempos de ocupación y tiempos de descanso y ocio. Las actividades tienen que ser acordes a la edad de desarrollo que presenta el NNA, por lo que los dispositivos de internación de niños, niñas y adolescentes las actividades lúdicas y deportivas deben representar una parte importante de la propuesta. Se describen algunas opciones de estrategias individuales y grupales: Espacios terapéuticos: grupales, individuales, espacios de expresión artística, espacios de expresión corporal, Espacios de actividad física.

Es importante que estas estrategias están pautadas, regladas y organizadas, siendo parte de la propuesta general y no de situaciones o actividades propuestas en forma excepcional. Los recursos humanos, materiales y edilicios tienen que ser tomados en cuenta para lograr la permanencia de estas actividades.

Flujogramas de corta estadía especializada

Como propuesta de esta consultoría se presenta el presente flujograma para el ingreso, proceso de atención y egreso a dispositivos de Corta Estadía especializada:



6.5.2 Centros de mediana estadía (Medio Camino o Atención Integral en Salud Mental)

La atención integral en salud mental de NNA requiere una organización por rangos etarios y curso de vida, así como tener en cuenta temáticas transversales que forman parte del contexto de vida en cada situación: vulnerabilidad social que puede expresarse en temas de: género, violencia intrafamiliar, consumo problemático, privación de libertad, migrantes, entre otros. Del mismo modo, es importante considerar las creencias y valores familiares (religiosidad, espiritualidad, etc.) a la hora de prevenir y atender situaciones de salud mental en NNA.

Es necesario tener en cuenta que si bien contamos con un Sistema Nacional Integrado de Salud no todas las familias tienen la misma accesibilidad a los efectores de salud, así como los dispositivos y servicios difieren de los entornos urbanos, suburbanos y rurales, concentrando su mayor oferta en Montevideo.

Por tanto, además de considerarse el dispositivo de atención dentro de la red de atención de salud mental, debe tenerse en cuenta la accesibilidad a la misma, la disponibilidad de equipos de atención especializados en salud mental, su integración interdisciplinaria y la red interinstitucional y comunitaria.

Los centros de medio camino, para dar cumplimiento a la mencionada ordenanza, deberían contar con un equipo de atención compuesto por profesionales y técnicos del área de la salud mental especializados en infancias y adolescencias, profesionales de la salud formados en salud comunitaria, del área social, del área de educación, personal administrativo y de servicios.

El equipo para constituirse en interdisciplinario, además de una sólida formación en su especificidad, requiere el enfoque de derechos, de equidad, de curso de vida y de una concepción de salud que implique una mirada integradora de la determinación de salud. Esto implica descentrarse de la patología individual para comprender con una actitud crítica, la determinación social que se expresa en sintomatología vinculada a problemas de SM y diagnósticos psicopatológicos.

Por su parte, el INAU, prevé la instalación de **Centros de Atención Integral en Salud Mental** (5) para niños y niñas entre 5 y 12 años 11 meses al ingreso y Centros de Atención Integral en Salud Mental para adolescentes de 13 a 17 años 11 meses al ingreso al Centro.

Definición

Centros que brinden atención terapéutica desde una perspectiva integral en modalidad residencial, que presenten trastornos mentales compensados.

- Los proyectos desarrollados en cada uno de los servicios especializados en salud mental están centrados en promover, respetar y garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes.
- La inclusión en el sistema de protección de INAU de estas acciones de atención especializadas en salud mental responde a la necesidad de atender los requerimientos de cuidado especializado que, por un período breve o en forma permanente requieren un conjunto de los niños y adolescentes. Estos requerimientos están relacionados con la atención altamente especializada e intensiva ante situaciones de crisis con alta disposición de recursos sanitarios en los centros de atención a episodios agudos o con las acciones de acompañamiento y rehabilitación que se desarrollan en los centros diurnos y en los centros de atención integral en salud mental, o con la disposición de recursos de cuidado, que junto a las acciones de rehabilitación, se disponen en los centros para adolescentes con trastornos mentales severos.
- La intervención de estos servicios busca generar procesos de rehabilitación con la finalidad de favorecer la autonomía progresiva de los niños y adolescentes a través de un proyecto de atención integral orientado al egreso de los dispositivos especializados y al reintegro a su entorno de referencia. Resulta de especial relevancia que estos proyectos intervengan en la trayectoria de protección de niños, niñas y adolescentes con el constante objetivo de favorecer la plena integración social.
- Los procesos asistenciales deben respetar la singularidad teniendo en cuenta necesidades y características particulares de niños y adolescentes, jerarquizando las estrategias de fortalecimiento del entorno familiar, comunitario y/o institucional de niños, niñas y adolescente, así como su participación e inclusión educativa y cultural. Se entenderá la internación por causas de salud mental como último recurso terapéutico para el abordaje de episodios agudos, así como se entenderá la integración a centros diurnos, a centros de atención integral en salud mental o a centro de atención a personas con trastornos mentales severos en el marco de procesos de rehabilitación.

Población priorizada

Niños portadores de trastornos generalizados del desarrollo, trastornos disruptivos y retardo mental leve o moderado con trastornos conductuales o conductas psicóticas pudiendo estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual y consumo problemático de SPA.

Adolescentes portadores de trastornos psicóticos, borderlines, trastornos del humor, trastornos disruptivos severos, trastornos conductuales, con retardo mental leve o moderado, pudiendo estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual y consumo problemático de SPA.

Plazo de permanencia

La intervención procurará no superar los 18 meses de atención, propiciando el reintegro del niño/a o adolescente a su entorno de procedencia (familia, comunidad o proyecto de protección no especializado). Este plazo puede ser revisado, y es posible incorporar mecanismos de evaluación de plan terapéutico y revalidación del tiempo de estadía por motivos clínicos. La permanencia podrá extenderse en caso de no encontrarse otra alternativa de atención.

Para la continuidad de cuidados y de atención, se debe contar con un sistema de comunicación y adjudicación de referentes profesionales, lo que implica un sistema administrativo y a la vez un profesional que tenga competencia en este ámbito (pág. 113). Esto implica también a la interconsulta. La información de la interconsulta debe contener con claridad los siguientes aspectos: nombres (civil y social), edad, género, diagnóstico, antecedentes, evaluación de pertinencia de la derivación y priorización del ingreso según estado de salud de la persona, a excepción de situaciones de urgencia. En nuestro país, la Ordenanza 1488, determina además la instalación de NNA, que podrían ser parte del flujo.

Tanto de la bibliografía consultada como de las entrevistas a referentes clave realizadas, se ha señalado la importancia de establecer un flujo de ingreso y egreso y las necesidades de programas de salida que acompañen y sostengan la recuperación alcanzada en los centros. Dicho de otra forma, la excelencia del centro no garantiza la prevención de futuras dificultades y limitaciones si no se establecen programas socio-educativos y laborales, tanto como de vivienda en entornos fuera de riesgos. Muy por el contrario, instala un círculo de atención que mantiene a NNA dando vueltas en el sistema con escaso margen de generar alternativas para el desarrollo de una calidad de vida adecuada. Puede observarse cómo los circuitos de violencia, intrafamiliar y social, y el consumo, las situaciones de privación de libertad, trata de NNA, son, en mayor medida, parte de los procesos de vida de NNA que entran en el circuito de atención de SM y vuelven a repetirse historias en su vida adulta y en sus hijos.

Centros Medio Camino para población adolescente

Tiene como objetivos brindar atención a población adolescente entre 10 y 17 años 11 meses. Atención de 24 hs. con problemas de SM y en situación de complejidad social por distintas vulneraciones de derechos. Requieren intervención para su proceso de recuperación e inclusión socio-educativa-comunitaria. Toma en cuenta el contexto cultural, los determinantes sociales,

la orientación sexual, identidad y expresión de género.

Tipo de intervenciones

Focalizadas, personalizadas de corto y mediano plazo. Considera las necesidades específicas de acuerdo con el curso de vida y autonomía progresiva. Requiere tener espacios diferenciados por tramos etarios de 10 a 14 y de 15 a 17.

Población objetivo

Adolescentes varones y mujeres entre 10 y 17 años 11 meses, con distintos niveles de dependencia y necesidades de apoyo, que requieren un abordaje integral de recuperación y contención emocional para vincularse o revincularse con el medio comunitario, educativo y social. En la medida de lo posible para su retorno al ámbito familiar de procedencia siempre que no suponga riesgos de violencia de ningún orden. Se espera que el diagnóstico nosológico no determine su ingreso, sino las necesidades de apoyo para su recuperación postcrisis, de acuerdo a la disponibilidad de recursos disponibles del Centro en cuanto ajuste a sus necesidades. El tiempo de permanencia deberá ser el menor posible, no superando los 2 años si las condiciones externas lo permiten.

Recursos Humanos

Equipo profesional altamente especializado: Trabajador Social, Médico Psiquiatra pediátrico, Médico Pediatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador Social, Maestra, Lic. en Enfermería, Aux. de Enfermería, Recreadores, Personal Administrativo y de Servicios. Otros técnicos consultantes tales como nutricionista, psicomotricista, fonoaudiólogos, apoyo legal, etc.

Objetivos Generales

- Disminuir los efectos post-crisis de adolescentes que han tenido episodios agudos o crónicos de difícil remisión.
- Promover la inclusión social y comunitaria en su familia y lugar de origen cuando sea posible.
- Apoyar la autonomía progresiva y el involucramiento en su proceso de recuperación en cuanto a la toma de decisiones de las acciones terapéuticas y socio-educativas a llevar a cabo.
- Promover a nivel comunitario la reducción del estigma dirigida a esta población.

Objetivos Específicos

- Brindar atención de calidad a los adolescentes desde el momento de su ingreso a partir de un abordaje integral e interdisciplinario basado en el modelo de apoyos.
- Identificar factores de riesgo para la prevención secundaria de situaciones de crisis.
- Acompañar, orientar y coordinar actividades con las familias u representantes legales de los adolescentes. Establecer un plan de egreso seguro basado en la articulación de programas educativos, laborales y habitacionales cuando corresponda.

6.6 Plan Integrado de Atención (PAI)

Para establecer un Plan Integrado de Atención (PAI), centrado en la persona, es indispensable considerar la voluntad y el asentimiento de NNA de acuerdo con su grado de autonomía progresiva, en acuerdo con sus padres o tutores. Para ello se deberá tener en cuenta sus intereses y motivaciones, por lo tanto, la comunicación debe ser en un formato accesible, comprensible para que puedan expresar su voluntad y garantizar la comprensión de lo que desde el equipo de atención se le está planteando. Este aspecto cobra importancia, tanto en la comunicación con NNA como con las familias, quienes suelen comprender parcialmente la situación de sus hijos, el tipo de tratamiento y los objetivos de recuperación a alcanzar. Tal como se ha señalado en los apartados teóricos del producto No. 1, la perspectiva de derechos plasmada en la Convención sobre los derechos del Niño (ONU, 1986), consagra los derechos de niños, niñas y adolescentes, y la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU, 2006), son referencia clave para la aplicación de una política sobre la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes. Sobre estas convenciones se establecen los Estándares de derechos humanos para la evaluación del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes, presentados por la institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo con el apoyo de Unicef y OPS (2022).

Para hacer referencia a la aplicabilidad de los estándares en las casas o centros de medio camino, se pondrá énfasis en 3 dimensiones planteadas: El derecho a condiciones de vida adecuadas; el derecho al goce de una salud integral del más alto nivel posible; el derecho a la libertad personal y la seguridad de niños y adolescentes y el derecho a expresar su opinión y ser escuchados/as sobre todos los temas que le conciernen.

Dimensión 1: el derecho a condiciones de vida adecuadas.

En esta dimensión se describen los componentes estructurales y materiales de las viviendas donde se instalan los centros, por lo que su constatación es visible a la observación y puede ser

verificable mediante un formulario *checklist*.

Incluye el estado de conservación edilicio de la casa, la iluminación, la limpieza, los espacios diferenciados por áreas de actividad, así como el acondicionamiento acogedor y seguro y a la alimentación de calidad. Asimismo, el acondicionamiento debe ajustarse a las franjas etarias de la población atendida, por lo que deberían establecerse espacios diferenciados por edades. De acuerdo con los criterios consensuados algunos países refieren a las franjas comprendidas entre los 6 y 9, los 10 a 14 y de 15 a 17 años, 11 meses, los cuales deberían ser grupos para considerarse al proponer convivencia y actividades conjuntas. La institución gestora del centro debe garantizar la separación por tramos de edades, el uso de espacios diferenciados y justificando actividades conjuntas cuando no se tiene una atención específica por edades.

Por otro lado, esta dimensión incluye aspectos vinculados a la protección de la privacidad y seguridad, uso de baños, acceso a elementos de higiene personal y elección de ropa de su preferencia. En este caso, se trata también de componentes subjetivos que aluden a las preferencias que no podrían ser directamente observables por tratarse de actividades de la vida cotidiana y de intimidad. Para esto es necesario desarrollar instrumentos que permitan recoger información de la opinión y percepción de NNA de forma sistematizada, que, si bien puede aplicarse en el contexto de una entrevista, un instrumento permite la comparación transversal y longitudinal de la percepción de los participantes en estas dimensiones. La entrevista como técnica debería utilizarse en profundidad cuando se detecten respuestas que alerten de algún incumplimiento en este aspecto.

A modo de esquema, la dimensión 1 aplicada al centro podría representarse de la siguiente forma:

Criterios de Evaluación	Check list Componentes objetivos
Estándar 1.1.	Contiene el detalle de la operacionalización de los criterios.
1.2	
1.3.1	Incluir accesibilidad de los espacios para garantizar la no discriminación.
Criterios de Evaluación	Instrumento: percepción de NNA componentes subjetivos
Estándar 1.3.1	Elaboración de una escala de satisfacción tipo Likert de 3 opciones/ entrevistas en profundidad cuando se detecten distorsiones
1.4	
1.5	

Dimensión 2: El derecho al goce de una salud integral del más alto nivel posible

En esta dimensión se hace referencia a los conceptos de rehabilitación y habilitación. Desde una perspectiva estratégica en salud, tanto la rehabilitación como la habilitación apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas que transitan por un proceso de enfermedad o requieren una recuperación funcional. Desde una perspectiva amplia, abarca la participación e inclusión social y comunitaria. El concepto de rehabilitación alude a restaurar una estructura, un órgano o una función que puede haber sido afectada por situaciones de enfermedad, trastorno, accidente, etc.

Desde las nuevas concepciones sobre la salud mental, el concepto de recuperación adquiere otro sentido dado que no refiere a recuperar el órgano o la función, sino que se trata de incorporar herramientas de afrontamiento adecuadas para vivir de la forma más autónoma e incluida posible. Aplicado a la infancia y adolescencia, la recuperación podría estar referida a la habilitación más que a la rehabilitación. Por un lado, porque no se trata de recuperar algo que el niño/niña o adolescente “ha perdido”, sino de habilitar las funciones y capacidades que puede desarrollar de acuerdo con su propio desarrollo, el curso de vida y el contexto donde pertenece. Además de la edad deben considerarse los criterios de ingreso a los CMC. Es importante determinar el criterio de inclusión en los centros que son recomendables para el mejor cumplimiento de los objetivos de cuidado que surgen del PAI.

Existen experiencias de centros con distintos criterios para el ingreso cuando son incorporados a partir de una evaluación técnica, a excepción de las situaciones judicializadas donde se determinan el ingreso en forma directa. Esto es señalado como una preocupación dado que no siempre el lugar asignado para el ingreso es el que más se adecua a las necesidades de esa situación particular.

El cambio de modelo de gestión basado en el servicio, a un cambio de modelo de gestión basado en la persona implica incluir y reflexionar sobre los criterios de flexibilidad que se pueden contemplar para atender diferentes problemáticas. Tal como se ha señalado previamente, a los problemas de salud mental severos, se le agregan las condiciones de vida de los lugares de origen, tales como situaciones de violencia y abuso, trata, consumo problemático de sustancias o infancias con años de institucionalización. Estas nuevas problemáticas requieren de una evaluación multidimensional de la situación de NNA.

Se puede plantear como el primer momento de la instrumentación de los centros de medio camino en el marco de la nueva ley de SM, la transformación del abordaje, desde el modelo basado en la patología al modelo centrado en la evaluación de la funcionalidad y necesidades de apoyo. Este enfoque no desconoce el diagnóstico psicopatológico, sino que lo incorpora en una

perspectiva de posibilidad de mejora de su funcionamiento.

Las referencias internacionales y las prácticas nacionales registran una mayor población de ingreso en edades cercanas a la adolescencia. Lo cual hace suponer que en edades más tempranas no se percibe como el dispositivo más utilizado.

Dimensión 3 El derecho a la libertad personal y la seguridad de niñas, niños y adolescentes y el derecho a expresar su opinión y ser escuchado/as sobre todos los temas que le conciernen.

Esta dimensión es especialmente relevante en los Centros de Medio Camino en cuanto a la participación de los NNA en su proceso de recuperación.

Implica el espacio que se le debe dar para que cuente su propia historia, tanto como definir sus necesidades de apoyo en función de sus intereses y motivaciones, promoviendo y generando oportunidades de tomar opciones y decisiones.

Para ello el asentimiento de los planes de recuperación, de acuerdo con su autonomía progresiva debe ser una garantía del proceso.

Es un desafío encontrar la forma de que NNA desde edades tempranas expresen este asentimiento o consentimiento informado en edades mayores, para ello se recomienda el diseño de consentimientos informados e información en distintos formatos accesibles.

Actividades para determinar los perfiles de ingreso y egreso de la población priorizada.

Proceso de admisión

El equipo interdisciplinario del centro destinará un equipo de coordinación con el equipo interdisciplinario que deriva. Se deberá proporcionar al Centro el motivo de la derivación, la historia clínica completa, trayectoria de atención en salud, trayectoria educativa y contexto familiar de procedencia, tanto si su ingreso proviene del ambiente familiar como si procede de otras dependencias del INAU. Deberá ser informada la situación social y situación de vulneración por situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trata o situación de calle. Referentes familiares con los que cuente al momento de la derivación tanto si se trata de familia de origen u otros cuidadores/as legales.

El equipo interdisciplinario del Centro dispondrá de un proceso de evaluación individual para el diseño del PAI.

El PAI deberá plantearse objetivos a alcanzar en cada área de atención, los plazos previstos y la forma de evaluación de los objetivos a medida que se vayan cumpliendo. Determinando las prioridades en materia de salud física, mental y emocional, así como priorizar la trayectoria e inclusión educativa. Para el proceso de rehabilitación o habilitación es necesario basarse en un modelo de funcionamiento, dado que el diagnóstico per se no determina las posibilidades de mejora. En este punto deberá definir técnico/as responsables del cumplimiento del PAI así como designar un referente del proceso para cada NNA.

Proceso de atención

El proceso de atención implica el PAI propiamente dicho. Una vez que ingresa al Centro cada NNA se le deberán proporcionar los apoyos necesarios para la mejora de su situación de ingreso, fomentando la recuperación del funcionamiento para el logro de su autonomía progresiva. Este proceso puede verse en forma multidimensional considerando la perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (Eriksson, Ghazinour, y Hammarstro, 2018 (72) y la individual del NNA, su entorno cercano y las redes comunitarias (micro y meso sistema) a las que se irá insertando progresivamente. Asimismo, deberá considerar aquellas prestaciones sociales a las que tiene derecho (BPS, MIDES, ANEP).

En las intervenciones directas se incluyen los tratamientos médicos del cuidado de la salud integral, incluyendo los cuidados nutricionales y odontológicos. Los aspectos farmacológicos y la indicación de estimulación neurocognitiva cuando se detectan limitaciones en esta área y los aspectos emocionales y vinculares que promuevan su salud mental. Asimismo, la evaluación de las habilidades académicas obtenidas y las que se corresponden a su edad cronológica que fomenten su autoconfianza y desarrollo para la adecuada inclusión en el ámbito educativo.

En el nivel micro social, se toma en cuenta el ámbito de convivencia en el propio Centro lo que podrá favorecerse con actividades grupales con otros/as residentes, de acuerdo a temáticas de interés común, tales como talleres de reflexión, mejoramiento de habilidades sociales, la comunicación y el autocuidado.

El nivel mesosocial comprende aquellos referentes externos con quienes tomará contacto. En este nivel se plantea el trabajo del equipo pisco-social con las familias o la referencia a los equipos de los otros proyectos y dispositivos de INAU.

En el ámbito de la salud, con el centro de salud de referencia. En el ámbito educativo con maestras de clase, maestras especializadas y/o profesores o educadores, de acuerdo con el nivel de inclusión. En el ámbito comunitario se buscarán vínculos con actividades recreativas y culturales acordes a la edad y al nivel de maduración socioafectivo.

Registro

Todas las intervenciones que realice cada integrante del equipo deberán registrarse en un legajo individual, incluyendo fecha, tipo de intervención, observaciones y resultados obtenidos. Dicho legajo deberá ser la hoja de ruta del PAI y la base para la toma de decisiones de proseguir con el plan trazado o realizar modificaciones según avances o retrocesos.

Es conveniente desarrollar un sistema de registro específico por técnico o profesional para facilitar la tarea, pero a la vez para permitir la sistematización de la información y evaluación del proceso. Este registro debería facilitar el monitoreo externo del funcionamiento del centro, cumplimiento de los objetivos y forma de garantizar los derechos de NNA. Será de funcionamiento interno, sin perjuicio de garantizar la protección de datos, de acuerdo con la ley (No. 18.331, 2008)

Proceso de egreso

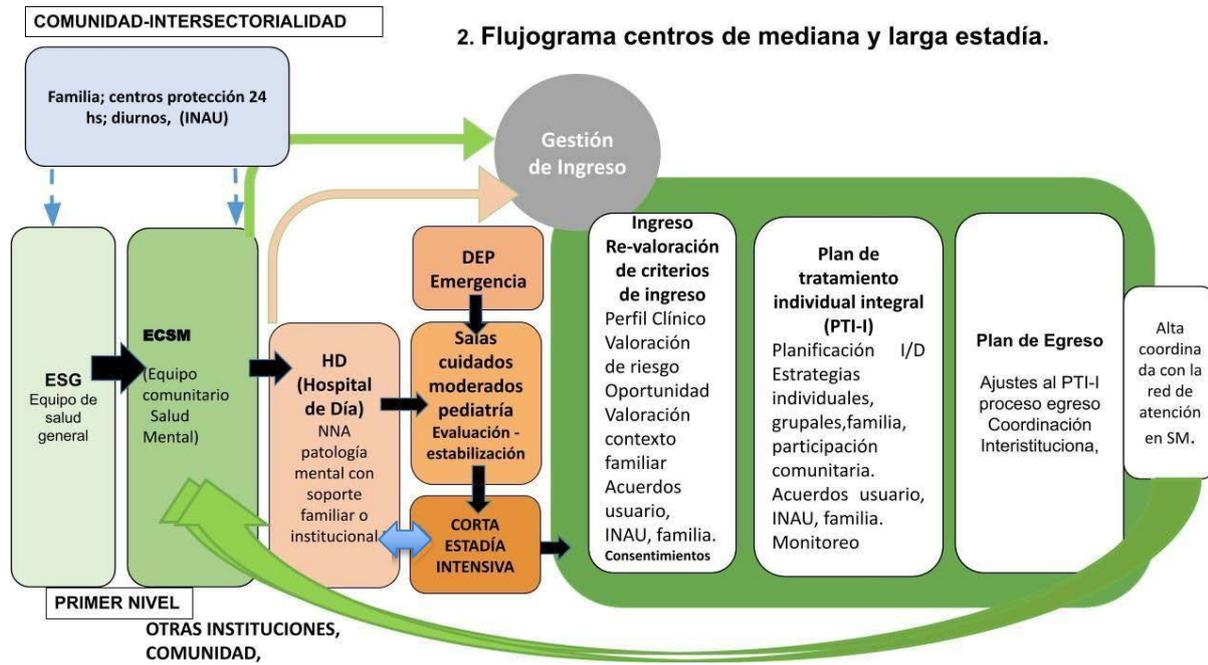
El proceso de egreso debe establecerse desde el ingreso. Cuando se establece el PAI, una vez que se cuenta con la valoración multidimensional de la situación de cada NNA, se deben establecer las metas y condiciones del egreso. Este aspecto es importante dado que el equipo debe posicionarse desde un enfoque de apoyos para la mayor autonomía y en el menor tiempo posible, siempre que se cuente con los recursos de sostén social necesario para dar continuidad al proceso de desarrollo.

Se reconoce la necesidad de una valoración individual por áreas sin desconocer la mirada integral e integradora que se debe tener hacia NNA, por lo que, si bien cada profesional contará con su plan de trabajo, es necesario que durante el proceso se mantenga un análisis continuo del equipo en forma interdisciplinaria.

En particular en esta etapa se incluye además de los avances alcanzados y la recuperación de los equilibrios necesarios, de acuerdo con la edad, el trabajo extramuros que vaya realizando el equipo en materia de inclusión y proyección de futuro. En el caso de niños y niñas la incorporación a su familia de origen o institución de la que fue derivada, en el caso de adolescentes la transición a la vida adulta que incluye la preparación para el mundo del trabajo, y condiciones habitacionales cuando sea mayor de 18 años y no cuente con referentes familiares a los que volver.

En este proceso, los programas sociales del Estado son fundamentales para poder promover y desarrollar estrategias tanto de formación para el empleo: Inefop, programas de continuidad educativa de ANEP, conocimiento de programas de estímulo al empleo y trabajo, conocimiento sobre leyes de promoción de empleo (No. 19973, 2021), así como viviendas tuteladas o con

apoyo.



7. Anexos

7.1 Metodología:

7.1.1 Búsqueda Documental

Se realizó una búsqueda documental y bibliográfica nacional e internacional, a través de portales de búsqueda Pubmed, Scielo, Science Direct, Elsevier, Cochran, entre otros. De la selección documental y bibliográfica se destacan algunos documentos de particular interés como ser el Plan Nacional de Salud Mental, Leyes y Ordenanzas, y otros documentos relevantes de organismos nacionales e internacionales (OMS, OPS, INAU, INDDHH, ASSE, MSP, Chile, Comunidad de Madrid, Andalucía, [Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia del Uruguay](#), Unicef, Udelar). Sobre la base de esta búsqueda se construyó el marco teórico.

7.1.2 Entrevistas

Se realizó un proceso de consultas a través de entrevistas a distintos informantes que permitió ampliar el conocimiento de la situación nacional en cuanto a la atención de la Salud Mental de NNA dentro de la red de salud.

Se realizaron nueve entrevistas a personas que cumplen funciones en el ámbito de: planificación y fiscalización de políticas de Salud Mental, profesionales de atención directa a NNA con problemas mentales en territorio y servicios especializados de Montevideo e Interior y técnicos vinculados a temas de discapacidad y consumo problemático de sustancias. Mediante estas instancias y sobre la base de su experiencia acumulada, se recogió información sobre la realidad de los servicios y de las condiciones en las que se encuentran trabajando los técnicos que cumplen funciones en la red de atención en Salud Mental de NNA y necesidades por ellos percibidas. Las entrevistas se realizaron con guías temáticas elaboradas de acuerdo a la función y lugar de trabajo de los entrevistados y su área de conocimiento (ver anexo). Se encontró muy buena disposición de todos los informantes consultados. El uso de la guía y el envío previo a los entrevistados, facilitó y organizó las entrevistas, que se realizaron por Zoom en un promedio de 50-60 minutos, y posteriormente se realizó una síntesis de los aportes que fueron articulados con los resultados de la búsqueda documental sobre las experiencias en otros países y la legislación nacional.

7.1.3 Relevamiento de datos sobre centros:

Se elaboró un formulario para caracterizar los dispositivos que brindan servicios de corta estadía y los de mediana o larga estadía, con convenio con INAU y/o con ASSE (Ver anexo).

Se recogió información a través de la Dirección de Servicios Especializados del INAU, y directamente de las empresas que ofrecen este tipo de prestaciones, que se incorporaron en los apartados de diagnóstico de situación.

7.1.4 Intercambios con contraparte de INAU

Se realizaron 3 encuentros con el director e integrantes del equipo del Programa de Especializados de INAU con la participación de OPS en Uruguay Dr. Wilson Benia y la Dra. Elizabeth Raffaele. En uno de los encuentros participaron por Unicef las Lic. Lucía Vernaza y María Gutiérrez y el consultor regional de Salud Mental de OPS, Dr. Matías Irarrázabal.

7.2 Antecedentes institucionales de amparo de NNA en nuestro país.

La ratificación de la CDN en los países ha determinado, en consecuencia, la necesidad de la incorporación del mandato de protección integral de NNA a la política pública. Surgen así en los Estados que han adherido al cumplimiento del acuerdo, legislaciones que organizan el ejercicio de la protección y tutela sobre todos los aspectos de la vida de NNA, y diferentes organismos a los que se les encomiendan formas y estrategias de gestión enfocadas a la niñez y sus familias. Si bien en nuestro país el sentido del cuidado estuvo inicialmente adscrito a las instituciones de caridad, también obedeció a la necesidad de respuesta frente a un reclamo social y preocupación de las autoridades, principalmente desde la visión de vinculación de los NNA a distintos tipos de infracciones y delitos, (como una necesidad de control social). En 1909, el abogado penalista, profesor y Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad de la República, José Irureta Goyena, realiza un firme alegato y anuncia que «ha llegado el momento de que nos ocupemos de los menores».

Cabe recordar que el proyecto de código para la niñez de 1925 y el consolidado código de 1934 se plasman, entre otras causas, sobre la base del problema que implicaba en el país, en que los delitos protagonizados por niños y adolescentes habían crecido en «proporciones alarmantes» (71) De esta forma es que se incorporan las bases de una legislación que pretendía atender una necesidad de cuidado hacia NNA pero, además, controlar un problema. En consecuencia, no llama la atención que se generara, por tanto, una legislación que incluyera una «asistencia» especializada, enfocada en aspectos de cuidado y tutela, pero también en la aplicación de medidas correccionales. La evolución de los cuerpos normativos en temas de infancia siempre giró en los ejes familia y Estado, aunque el segundo variará desde su función de integrador social a instituciones de disciplinamiento. Un ejemplo de ello es el trabajo publicado en la Revista de Derecho, Jurisprudencia y Administración en 1930 con el sugestivo título de «Menores Delincuentes y Desamparados». El grave problema de los menores delincuentes y desamparados

exige reformatorios y no cárceles (73).

Por tanto, y más allá del enfoque como necesidad o solución a un problema, en líneas generales se puede establecer que este continuo involucramiento del Estado uruguayo en asumir competencias en políticas de infancia y adolescencia acompasó la historia de la infancia como «historia del control social institucional»(74) y tuvo la siguiente secuencia histórica:

a. En el Código Civil de 1868 abordaba los temas vinculados a NNA como patrimonio de la familia, institución que estaba dotada de un importante grado de autonomía [22]. Es de destacar en este corpus normativo, que también fue la primera norma que legisló sobre la situación civil de los enfermos psiquiátricos, tomando como modelo otras legislaciones internacionales, en especial, la que regía en Francia. Si bien algunos artículos estaban dedicados a la alienación mental, el 352 definía a los menores de edad dentro de la categoría «incapaces», junto a ciegos, mudos y dementes. [22]

b. Sobre la base de una ideología de control y socialización surge la doctrina de la situación irregular. La matriz tutelar comenzó a instalarse con la aprobación de la ley 3738, del 24 de febrero de 1911, donde surge la figura del Juez de menores.

c. En el año 1934 se aprueba el Código del Niño mediante la Ley No 9.342. Se crea el Consejo del Niño como institución especializada del Estado para la atención de la población infantil y adolescente en situación de dificultad social.

d. El 14 de septiembre de 1988 se aprueba la Ley No 15.977 y se crea el Instituto Nacional del Menor (Iname), sucesor del Consejo del Niño.

e. El 8 de septiembre de 1990 se promulga la Ley No 16.137, ratificando la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En esta se consagra la Doctrina de la protección integral que reemplaza a la de la situación irregular [23].

f. El 7 de setiembre de 2004 se aprueba la Ley 17.823 mediante la cual se aprueba el CNA, se crea el INAU (tomando el lugar del antiguo Instituto Nacional del Menor y sus funciones clásicas, que representaba el sistema tutelar en el Uruguay) fundamentado en la CDN, que prioriza la visión del niño como Sujeto de Derecho.

Las competencias del INAU están establecidas en el Artículo 68 de la referida Ley, en donde se definen, entre otras funciones, los preceptos institucionales y marcos orientadores legales y regulatorios de la niñez y adolescencia. Ley 17.823 describe al INAU como el organismo encargado de la función de programar y ser rector de las políticas de nna, pero también le asigna el cumplimiento de las mismas en modalidades de atención variadas, propias de la institución o

en coordinación con otras instituciones tanto públicas como privadas y también con la sociedad civil. Dichas competencias cobraron importancia también a través de la Comisión de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales, grupo interinstitucional coliderado por INAU y el mides. Es a partir de ese espacio, que surge en el año 2008 la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030 [3], instrumento de consenso del Estado, sociedad civil, academia y organismos internacionales. La ENIA definió una serie de recomendaciones para formular políticas de mediano y largo plazo sobre NNA con eje en derechos y equidad y enfoque de género, generaciones y territorial en cuatro líneas de acción: apoyo a la familia, protección de la primera infancia, fortalecimiento del sistema educativo y fortalecimiento del sistema de protección. Tablas

7.3 Esquema de tipos de dispositivos de nuestro país

Recursos humanos del hospital de día.	
Psiquiatras Pediátricos	<ul style="list-style-type: none"> - Médico psiquiátrica pediátrico coordinador, - Médico psiquiatra pediátrico clínico - Pasantías de médicos residentes en psiquiatría pediátrica. El dispositivo contribuye en el desarrollo y profesionalización de los recursos humanos de acuerdo a Ley de Salud Mental y al modelo de recuperación.
Licenciada en psicología	Acompañamiento terapéutico en el área de psicología, orientación y/o señalamiento cuando sea oportuno y el encuadre lo permita, intervención directa al paciente, al grupo y referentes familiares/institucionales. (24 horas semanales)
Personal administrativo y de registros médicos	
Auxiliar de enfermería	36 hs semanales

<p>Terapia ocupacional</p>	<p>El área de terapia ocupacional, desde una mirada global sobre el impacto de la enfermedad mental en la vida de los individuos, plantea la obtención de un perfil ocupacional, y posteriormente se lleva a cabo un análisis del desempeño ocupacional, que permite identificar las fortalezas y barreras con las que se enfrenta el paciente en sus diferentes áreas de ocupación. En este proceso se valoran las habilidades (motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción) y patrones de desempeño del usuario (hábitos, rutinas y roles), así como las demandas de la actividad y el contexto, y su interrelación. Actualmente funciona a través de contrato docente EUTM UDELAR</p>
<p>Licenciada en Trabajo Social</p>	
<p>Educación social</p>	<p>Trabajo del área de educación social con dos líneas de abordaje que comprenden, por un lado, el apoyo a la comunidad educativa con instancias de intercambio con la institución educativa y entorno del adolescente que permitan la continuidad y/o reinserción, así como propuestas de sostén y acompañamiento en el ámbito académico, y, por otro lado, la ampliación de los vínculos con puntos culturales y sociales.</p> <p>Actualmente se cuenta con 30 horas semanales por IFES</p>
<p>Médico psiquiatra adultos</p>	
<p>Licenciada en psicomotricidad</p>	<p>Intervención psicomotriz donde se plantea propiciar y revalorizar las capacidades de los niños y adolescentes, y su entorno, a través de intervenciones que favorezcan la comunicación y modos de expresión, la socialización, autonomía y autoconfianza, logrando un reposicionamiento del sujeto con su particular estilo de funcionamiento.</p>

	Actualmente cuenta con 24 horas semanales.
--	--

<p>Formulario de relevamiento de dispositivos: Red de Estructuras Básicas de Atención en Salud Mental en el marco del SNIS (denominación de acuerdo a Ordenanza Ministerial 1488/nov 2019)</p>	
<p>A. TIPOS DE DISPOSITIVOS EN TERRITORIO</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo especializado de Salud Mental 2. Equipo interdisciplinario de habilitación/rehabilitación para dificultades del desarrollo, aprendizajes, problemas emocionales y comportamentales de NNA. 3. Centro Diurno de habilitación/rehabilitación para dificultades del desarrollo, aprendizajes, problemas emocionales y comportamentales en NNA. 4. Casa de Medio Camino (Centro especializado 24 hs del sistema de protección integral - Denominación del INAU. 5. Otro 	
<p>B. TIPOS DE DISPOSITIVOS DE HOSPITALIZACIÓN</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención en servicio de emergencia en hospital pediátrico u hospital general 2. Unidad de emergencia psiquiátrica en la emergencia psiquiátrica 3. Área internación dentro de hospital general 4. Hospital de día 5. Centro de corta estadía (CCE) 	

7.4 Tablas de datos relacionados con población infantil en Uruguay, vínculo con INAU y proyectos.

Tabla 1. Población infantil del país por edad y sexo (Censo 2011)

Tramo etario	Masculino	Femenino	Total	% del total
0-2	66.587	63.699	130.286	14,86%
3-7	112.393	117.601	229.994	26,22%
8-12	122.091	128.075	250.166	28,52%
13-17	135.877	130.698	266.575	30,40%
Total	436.948	440.073	877.021	100,00%

Fuente: Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2022.

Nota: Los números de NNA vinculados a proyectos y atendidos por INAU no deben necesariamente coincidir. Se debe recordar que un NNA puede estar vinculado a la institución INAU a más de un proyecto

Tabla 2. NNA del país atendidos por INAU por edad y sexo

Tramo etario	Masculino	Femenino	Total
0-2	21.805	20.594	42.399
3-7	15.222	16.622	31.844
8-12	6.611	5.284	11.895
13-17	6.714	5.045	11.759
Total	50.352	47.545	97.897

Fuente: Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU
 Fecha de consulta: 27 de agosto de 2022.

Tabla 3. Proporción de NNA vinculados a INAU en relación con la población total por edad y sexo (Censo 2011)

Tramo etario	Masculino	Femenino	Total
0-2	0,33	0,32	0,33
3-7	0,14	0,14	0,14
8-12	0,05	0,04	0,05
13-17	0,05	0,04	0,04
Total	0,12	0,11	0,11

Fuente: Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU. Fecha de

consulta: 27 de agosto de 2022.

Tabla 4. NNA vinculados a proyectos de INAU.

Tipo de vinculación	Núm. de proyectos	Núm. de NNA atendidos	%
Tiempo parcial	877	90418	80,99%
Atención en la comunidad	168	13743	12,31%
Tiempo completo	152	5433	4,87%
Acogimiento familiar	915	2047	1,83%
TOTAL	2112	111641	100,00%

Fuente: Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU
 Fecha de consulta: 27 de agosto de 2022.

Tabla 5. Cantidad de proyectos y NNA atendidos por departamento.

Departamento	Cantidad de Proyectos	Total NNA	Cantidade NNA atendidos	Proporción de NNA atendidos
Artigas	66	23717	3500	14,76%
Canelones	207	144797	14200	9,81%
Cerro Largo	79	25803	4514	17,49%
Colonia	53	32004	3146	9,83%
Durazno	71	17318	3012	17,39%
Florida	65	18652	2564	13,75%

Flores	41	6849	1376	20,09%
Lavalleja	42	15556	1614	10,38%
Maldonado	112	46003	3481	7,57%
Montevideo	729	308451	32660	10,59%
Paysandú	94	34518	5251	15,21%
Rio Negro	65	17317	2138	12,35%
Rocha	47	18709	2988	15,97%
Rivera	51	32407	4369	13,48%
Salto	80	39819	4910	12,33%
San José	96	29568	3597	12,17%
Soriano	73	24058	2937	12,21%
Tacuarembó	64	27383	3109	11,35%
Treinta y tres	57	14092	1827	12,96%
Total	2092	877021	101193	11,54%

Fuente: Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de inau. Fecha de consulta: 28 de agosto de 2022.

Tabla 6. Cantidad de NNA atendidos por proyecto según departamento.

Departamento	Proyectos por Depto.	NNA vinculados por proyecto	Número de NNA por proyecto
Artigas	66	3500	53,03
Canelones	207	14200	68,60
Cerro Largo	79	4514	57,14
Colonia	53	3146	59,36
Durazno	71	3012	42,42
Florida	65	2564	39,45
Flores	41	1376	33,56
Lavalleja	42	1614	38,43
Maldonado	112	3481	31,08
Montevideo	729	32660	44,80
Paysandú	94	5251	55,86
Río Negro	65	2138	32,89

Rocha	47	2988	63,57
Rivera	51	4369	85,67
Salto	80	4910	61,38
San José	96	3597	37,47
Soriano	73	2937	40,23
Tacuarembó	64	3109	48,58
Treinta y tres	57	1827	32,05
Total	2092	101193	53,03

Fuente: Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU. Fecha de consulta: 28 de agosto de 2022

Tabla 7. Cantidad de proyectos y NNA vinculados por departamento en modalidad 24 horas.

Departamento	Cantidad de Proyectos	Población Total Infantil	Cantidad de NNA atendidos	Proporción de NNA Atendidos vs. Población Infantil	Cantidad de Vinculaciones
Canelones	3	144.797	86	0,06%	86

Cerro Largo	1	25.803	19	0,07%	19
Colonia	2	32.004	58	0,18%	58
Durazno	2	17.318	44	0,25%	44
Florida	1	18.652	135	0,72%	135
Montevideo	13	308.451	496	0,16%	496
Paysandú	1	34.518	24	0,07%	24
Rocha	1	18.709	21	0,11%	21
Salto	1	39.819	115	0,29%	115
San José	1	29.568	18	0,06%	18
Total	26	669.639	1016	0,15%	1016

Fuente: Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de Inaú. Fecha de consulta: 27 de agosto de 2022.

Fuente: Memoria Anual de INAU. 2021. Fecha de consulta: 28 de agosto de 2022

Tabla 9. Algunos cálculos realizados a partir de los datos obtenidos

Cantidad de NNA del país	877.021
Cantidad de NNA atendidos en INAU	101.193
Proporción de NNA atendidos	0,1154
Cantidad de NNA en residencias para la atención en salud mental	506
Tasa de NNA en residencias de salud mental en relación con el total del país (por 100 mil)	57,69
TASA de NNA en residencias de salud mental con relación al total de NNA atendidos en INAU. (por 100 mil)	500,03

Fuente: Memoria Anual de INAU 2021. Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU.
Elaboración propia.

Tabla 10. Servicios de atención integral especializados en salud mental» Inau. Licitación 13/2018 (vigente al 2023)

Tipo de centro	Modalidad	Perfil	Rango de edad	Total de cupos (Mvdeo/interior)	Duración de la intervención	Otras características
Diurno	Centro diurno	situaciones de SM compensados y que puedan manejarse de forma ambulatoria	13-17 años y 11 meses	45 (45/0)	Se procurará que la permanencia no supere los 18 años de edad buscando las alternativas de continuidad del plan terapéutico en servicios del sistema de protección destinados a adultos siempre que ello fuera necesario.	<ol style="list-style-type: none"> Ofrece acciones de acompañamiento y rehabilitación. Funciona en forma diaria de lunes a sábados durante un mínimo de 6 horas diarias Brinda alimentación ajustada al horario de atención y coordinar con la unidad de INAU apoyo a la familia (necesidades de vestimenta, apoyo de material para el NNA)
Residencial	Atención integral (casas de medio camino)	trastornos de SM compensados	5 – 12 años y 11 meses	110 (80/30)	La intervención procurará no superar los 18 meses de atención. propiciando el reintegro del NNA a su entorno de procedencia (familia, comunidad o proyecto de protección no especializado). La permanencia podrá extenderse en caso de no encontrarse otra alternativa de atención.	Deberán promover, antes del egreso, intervenciones coordinadas con Inau que favorezcan la trayectoria de integración social de los NNA a fin de favorecer una restitución coordinada al entorno de referencia.
			13 – 17 años y 11 meses	190 (130/60)		
	Atención integral	episodios agudos	5-17 años y 11 meses	50 (40/10)	El proceso de internación estará condicionado a la estabilización del episodio agudo que determina la intervención.	

						de la vida cotidiana, así como todos los elementos para el uso personal de cada uno de ellos (ropa de cama y baño, artículos de higiene, etc.).
		trastornos mentales severos y compensados	5-17 años y 11 meses	90 (70/20)	La intervención procurará no superar los 3 años de atención, propiciando el egreso hacia alternativas de desarrollo autónomo, en relación al medio familiar y/o comunitario, o hacia programas de cuidado y protección correspondientes a la franja etaria.	3. El diagnóstico, el abordaje terapéutico y el alta será supervisado por el Espacio Salud de INAU
						1. El ingreso se realizará a través de la unidad de derivación definida por INAU sujeta a las definiciones que pueda tomar el organismo.

Fuente: Licitación 13/2018 de INAU.
Elaboración propia.

Tabla 11. Distribución geográfica de los centros de atención integral en SM que tienen convenio con INAU, rango de edades, cupos disponibles y ocupación

Población asistida	cupos	Rango edades	Departamento
22	27	13-44	Montevideo
27	35	14-18	Maldonado
32	35	13-17	Paysandú

25	25	13-18	Montevideo
22	20	8-15	Montevideo
26	24	13-28	Canelones

35	36	10-17	Montevideo
12	12	7-15	Montevideo
41	42	8-17	Montevideo
53	54	13-18	Montevideo
16	16	7-17	Montevideo
40	50	9-18	Montevideo

Datos suministrados por la Dirección del Programa Especializados de INAU a través de la información consignada en los formularios elaborados para esta consultoría. (2023)

8. REFERENCIAS

1. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Bromet EJ, et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*. septiembre de 2023;10(9):668-81.
2. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar De Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. enero de 2022;27(1):281-95.
3. Organización Mundial de la Salud. Atlas de la OMS 2004. ISBN 9241546260.
4. Viola L, Garrido G, Varela A. Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos. :59.
5. Consejo Nacional Consultivo de NNA. Informe del Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente (CNCHDDNA), sobre la solicitud de opinión de la Comisión de Constitución, Código, Legislación General y Administración (CCCLGA). [Internet]. 2019 [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/3967652.pdf>
6. Setaro M, Koolhaas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. 2008 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/297>
7. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Departamento de programación estratégica en salud, áreas de Ciclos de Vida, Programa Nacional de Salud Mental. Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. 2011. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
8. Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. La infancia que no queremos ver [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/informes/la-infancia-que-no-queremos-ver-0>
9. Durkheim É. *The division of labor in society*. [New York], London: The Free Press; Collier Macmillan Publishers; 1964. 439 p. (Free Press paperback).
10. Hopenhayn M. Cohesión social y derechos ciudadanos. En Sojo, A, Uthoff, A, (Eds) (2007) *Cohesión social en América Latina y el Caribe: Una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*, Santiago de Chile, Chile: CEPAL. 2007;
11. Ariès P. El niño y la vida familiar en el antiguo régimen [Internet]. Taurus; 1988 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=73340>
12. Puerto JS. Apuntes para comprender la evolución de la atención a la infancia. En: *La práctica psicomotriz : una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*, 2002, ISBN 84-9700-086-2, págs 17-40 [Internet]. Aljibe; 2002 [citado 20 de septiembre de 2022]. p. 17-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=619444>
13. Shamgar-Handelman L. Old concepts—new realities. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*. 1 de marzo de 1994;7(1):7-14.
14. Wintersberger H. Infancia y ciudadanía: el orden generacional del Estado de Bienestar. *Política y sociedad*. 2006;43(1):81-103.
15. Ley N° 17823 [Internet]. [citado 8 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17823-2004>
16. Morteo A. La potencia de los cuerpos con psicofármacos : adolescentes en hogares de protección de tiempo completo. 2015 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/4894>
17. Informe 2018 Observatorio de Derechos de Niñez y Adolescencia del Uruguay – Comité de Derechos del Niño Uruguay [Internet]. 2021 [citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en:

<https://www.cdnuruguay.org.uy/noticias/informe-2018-observatorio-de-derechos-de-ninez-y-adolescencia-del-uruguay/>

18. WHO. Mental Health Atlas. 2020.
19. Retamal CM. Salud mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de confinamiento. Anales de la Universidad de Chile. 14 de octubre de 2020;(17):303-18.
20. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. JAMA pediatrics. 2021;175(11):1142-50.
21. Lloyd, J.; Wait, S. Integrated care: a guida for policy makers. Alliance for health and the future, London. 2006;
22. Priore DS. Análisis de las competencias y roles del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. 2021 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30225>
23. Organization WH. The World Health Report 2008: Primary Health Care : Now More Than Ever. World Health Organization; 2008. 146 p.
24. CIF: Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
25. Normativa y avisos legales del Uruguay. Ley de Salud Mental. Ley No. 19529 [Internet]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
26. Ortiz Soto P, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E. La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III): la valoración psicopatológica y estructural del niño. Rev Pediatr Aten Primaria. marzo de 2015;17(65):e69-82.
27. Thompson JR, Bradley VJ, Buntinx WHE, Schalock RL, Shogren KA, Snell ME, et al. Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. Intellectual and Developmental Disabilities. 1 de abril de 2009;47(2):135-46.
28. Perea-Baena JM, Sánchez-Gil LM, Calzado Luengo MJ, Villanueva Calvero E. Apoyo social y Carga de la persona cuidadora en una Unidad de Salud Mental Infantil. Index de Enfermería. septiembre de 2009;18(3):166-70.
29. Discapacidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
30. Sainero A, Del Valle JF, Bravo A. Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. analesps. 25 de abril de 2015;31(2):472.
31. Pecora PJ, Jensen PS, Romanelli LH, Jackson LJ, Ortiz A. Mental Health Services for Children Placed in Foster Care: An Overview of Current Challenges. Child Welfare. 2009;88(1):5-26.
32. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones. Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres. Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de Violencia de Género. 2017.
33. Mag. Sol. Scavino Solari. Violencia de género y discapacidad. Análisis de los principales resultados de la 2da Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones en Uruguay. 2020.
34. Mesa-Lago C. Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America. OUP Oxford; 2008. 480 p.
35. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina [Internet]. Working Paper; 1997 [citado 11 de septiembre de 2022]. Report No.: 353. Disponible en: <https://www.econstor.eu/handle/10419/87917>
36. Vilaca E. Las Redes de atención de Salud. Organización Panamericana de Salud, OrganizaciónMundial de la Salud, Consejo Nacional de Secretarios de Salud. Brasilia-DF; 2013.
37. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007;
38. Organization WH. The World Health Report 2000: Health Systems : Improving Performance. World Health Organization; 2000. 244 p.
39. Soler J. Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de dife-rentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Or-denamiento Territorial

- en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud. 2003;
40. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of Lower Continuity of Care With Greater Risk of Emergency Department Use and Hospitalization in Children. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2001;107(3):524-9.
 41. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ*. 16 de mayo de 1992;304(6837):1287-90.
 42. Parchman ML, Pugh JA, Noël PH, Larme AC. Continuity of Care, Self-Management Behaviors, and Glucose Control in Patients With Type 2 Diabetes. *Medical Care*. febrero de 2002;40(2):137-44.
 43. Ham C, Birmingham UO. Briefing Paper Clinically Integrated Systems: The Next Step in English Health Reform? 2007.
 44. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2010.
 45. OECD. Organization for Economic Co-operation and Development. Improved health system performance through better care coordination. OECD Health working paper No. 30.; 2007.
 46. Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *Int J Integr Care*. 18 de septiembre de 2006;6:e14.
 47. OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
 48. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease: Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*. 26 de febrero de 2000;320(7234):526-7.
 49. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med*. 15 de diciembre de 1997;127(12):1097-102.
 50. Aibar RC, Aranza A. La seguridad del paciente: Una dimensión esencial de la calidad asistencial [Internet]. España: Ministerios de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
 51. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo.; 2009.
 52. Aranza JM, Mira J, Beltrán J. Calidad Asistencial. *Neurología* 2003; 18 (Supl 4): 4B-56.; 2003.
 53. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Journal of Integrated Care*. 1 de enero de 2011;19(5):5-16.
 54. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. marzo de 2009;48(3):254-61.
 55. INE. Instituto Nacional de Estadística. Base Niños ENDIS [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=9dd5406d-c3a8-4f30-9b91-9640b589a864&groupId=10181
 56. INAU. Manual de Funciones [Internet]. 2018 [citado 8 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/institucional/normativa/item/29-manual-de-funciones>
 57. Datos de la Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU actualizada al 22 de octubre de 2019.
 58. Garrido G. Propuesta para la ampliación de una Sub-unidad de Emergencia Psiquiátrica dentro de la Emergencia Pediátrica del CHPR. 2017.
 59. Barreto L, Campodónico I, Paullier AI. Hacia la implementación de un Hospital de Día en Psiquiatría Pediátrica. *Clínica de Psiquiatría Pediátrica*; 2019.
 60. López CG, Escudero MB, Montes IMC, Pérez ID. Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 13 de agosto de 2019;36(1):20-30.
 61. Huizing E, Reyes Taboada A, Iglesias Ruiz C, Robles Perez C, Madueño Urbano A, Ruz Meroño D, et al. 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;
62. Fletcher A, Crowe M, Manuel J, Foulds J. Comparison of patients' and staff's perspectives on the causes of violence and aggression in psychiatric inpatient settings: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2021;28(5):924-39.
 63. de la Barra M F, García S R. Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2009;47(3):228-37.
 64. Masters K, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson R, et al. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1 de marzo de 2002;41:4S-25S.
 65. Sorter M, Chua J, Lamy M, Barzman D, Ryes L, Shekhtman JA. Management of Emotion Dysregulation and Outbursts in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(3):213-26.
 66. Kennedy J, Hembry P, Green D, Skuse D, Lewis S. Predictors of change in global psychiatric functioning at an inpatient adolescent psychiatric unit: A decade of experience. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 1 de abril de 2020;25(2):471-82.
 67. Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, et al. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(12):1259-67.
 68. GOLD J, SHERA D, CLARKSON B. Private Psychiatric Hospitalization of Children: Predictors of Length of Stay. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(1):135-43.
 69. Zeshan M, Waqas A, Naveed S, Ghulam H, Manocha P. Factors Predicting Length of Stay in an Adolescent Psychiatric Unit, South Bronx, NY: A Short Report. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2018;27(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896528/>
 70. Joarder MAR, Price ADF, Mourshed M. Systematic study of the therapeutic impact of daylight associated with clinical recovery [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Monjur-Mourshed/publication/48354598_Systematic_study_of_the_therapeutic_impact_of_daylight_associated_with_clinical_recovery/links/55f4c12b08ae6a34f660912b/Systematic-study-of-the-therapeutic-impact-of-daylight-associated-with-clinical-recovery.pdf
 71. González L, Leopold S, López L, Martinis P. Los sentidos del castigo : el debate uruguayo sobre la responsabilidad en la infracción adolescente [Internet]. Udelar. CSIC : Trilce; 2013 [citado 8 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9500>
 72. Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? (2018) *Soc Theory Health* (2018) 16:414–433 <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>
 73. Fessler D. El tiempo de la niñez. Discurso tutelar y criminalidad en Uruguay (1905-1934). *RH*. 1 de julio de 2021;(84):416-41.
 74. Méndez EG. PREHISTORIA E HISTORIA DEL CONTROL SOCIO-PENAL DE LA INFANCIA: POLÍTICA JURÍDICA Y DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA. 1991;8.