



PLAN DE ACCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL DE RÍO NEGRO



Ministerio
de Salud
Pública



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**PLAN DE ACCIÓN
DEPARTAMENTAL DE
SALUD MENTAL
DE RÍO NEGRO**

Autoridades:

Intendente de Río Negro - Dr. Omar Lafluf
Representante de la OPS / OMS en Uruguay - Dr. Hernán Montenegro
Ministra de Salud Pública - Dra. Karina Rando
Subsecretario del Ministerio de Salud Pública - Lic. José Luis Satdjian
Directora General de Coordinación MSP - Dra. Mariela Anchen
Director Departamental de Salud de Río Negro - Dr. Andrés Montaña
Gerente General de ASSE – Dr. Juan Ramón Blanco
Director del CENUR Litoral Norte - Dr. Mauricio Cabrera

Equipo coordinador del proceso de elaboración participativa y redactor del Plan de Acción Departamental de Salud Mental de Río Negro:

Lic. Juan Gorosterrazú (CENUR LN UdelaR)
Lic. Fabiana Pavloff (CENUR LN UdelaR)
Lic. Silvia Suhr (CENUR LN UdelaR)

Apoyo:

Directora Lic. María Ingold (Casa de la Universidad de Río Negro - CENUR LN UdelaR)
Nahuel Gauna (Casa de la Universidad de Río Negro - CENUR LN UdelaR)

Aportes Representación de la OPS/OMS en Uruguay:

Dr. Wilson Benia
MSc. Camila Solís

Aportes de las Consultorías externas para OPS en el marco del desarrollo de este Plan:

Dra. Sandra Romano
Lic. Psi. Gonzalo Di Pascua. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay
Mag. Ana Monza. Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Contribuciones a la versión final del documento y aportes para su implementación:

Dra. Alejandra Moreira. Asesora Responsable del Área Programática de Salud Mental. MSP
Lic. Jimena Piriz. Subdirectora de Salud Mental. ASSE
Dr. Daniel Strozzi. Director Primer Nivel de Atención. ASSE
Dra. Alexandra Gilardoni. Directora Técnica. AMEDRIN
Dra. Milena Vignolo. Directora Técnica. CAMY
Lic. Gonzalo Rodríguez. Coordinador Regional Salud Mental Oeste. ASSE.

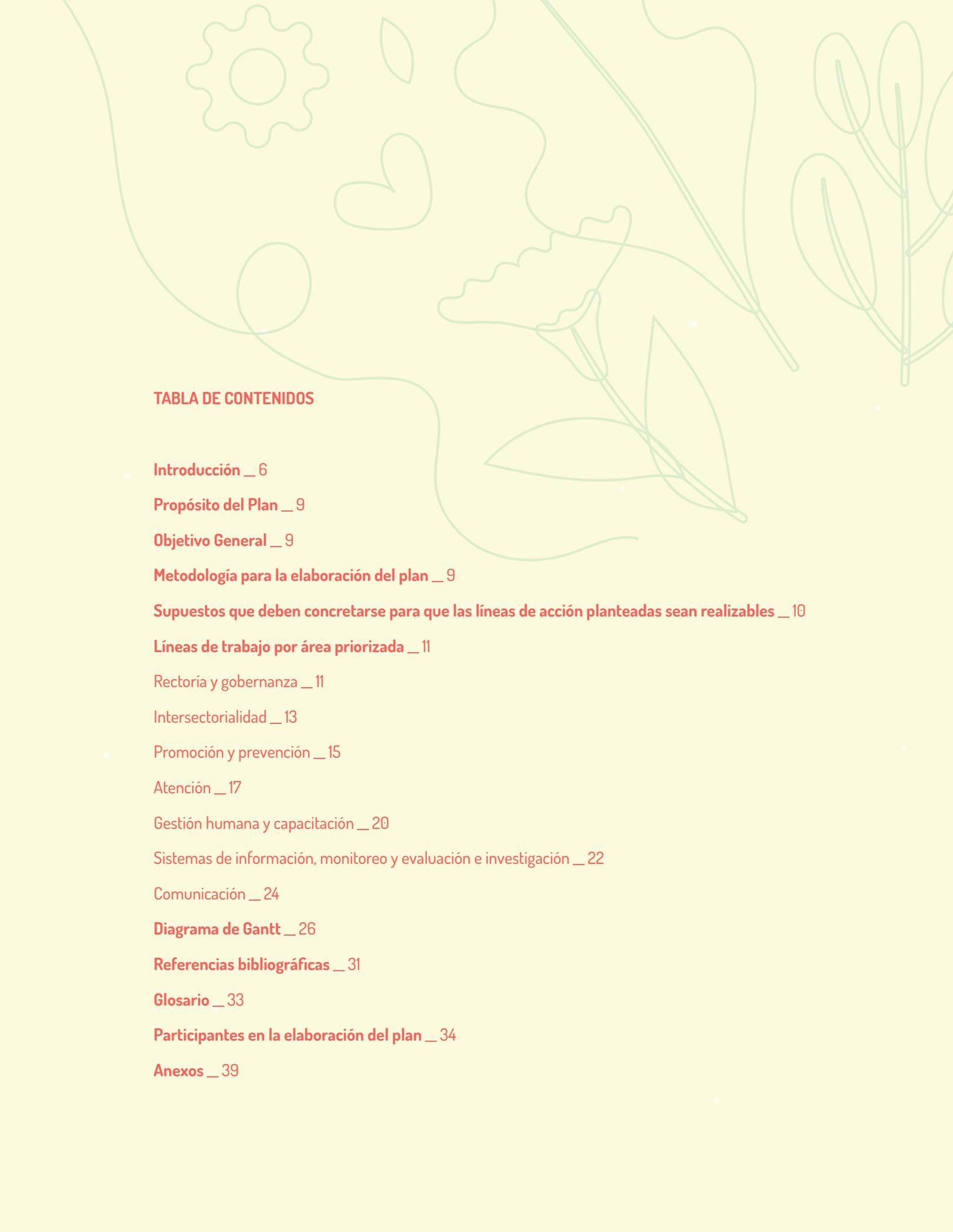


TABLA DE CONTENIDOS

Introducción _ 6

Propósito del Plan _ 9

Objetivo General _ 9

Metodología para la elaboración del plan _ 9

Supuestos que deben concretarse para que las líneas de acción planteadas sean realizables _ 10

Líneas de trabajo por área priorizada _ 11

Rectoría y gobernanza _ 11

Intersectorialidad _ 13

Promoción y prevención _ 15

Atención _ 17

Gestión humana y capacitación _ 20

Sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación _ 22

Comunicación _ 24

Diagrama de Gantt _ 26

Referencias bibliográficas _ 31

Glosario _ 33

Participantes en la elaboración del plan _ 34

Anexos _ 39

Introducción

Concluida la fase de diagnóstico, que fuera presentada y validada por diferentes actores locales, resulta imprescindible avanzar en la formulación de un Plan de Acción Departamental de Salud Mental para Río Negro, 2023-2025. En la medida que el plan es dinámico, pueden surgir nuevos elementos y queda abierto a nuevos aportes.

En el marco de la contribución al proceso de cooperación técnica de OPS/OMS con la Intendencia de Río Negro, mediante la Casa de la Universidad de Río Negro del CENUR Litoral Norte de la Universidad de la República, las consultorías realizadas para OPS por parte de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay y de la Prof. Dra. Sandra Romano, y en conjunto con diferentes actores del departamento, se diseñó una propuesta de Plan de Acción Departamental de Salud Mental desde un modelo comunitario, integral, intersectorial y participativo.

Este Plan de Acción Departamental de Salud Mental de Río Negro tiene como propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas habitantes del departamento mediante la definición e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbimortalidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos, perspectiva de género y generaciones, y atendiendo las desigualdades, centrada en un modelo comunitario e intersectorial del proceso de atención. Se busca generar un marco colaborativo e interinstitucional para impulsar e implementar acciones de mejora en el abordaje de la salud mental de la población del departamento de Río Negro entre 2023 y 2025, con vocación descentralizadora y desconcentrado a la interna del departamento.

El presente Plan de Acción Departamental de Salud Mental (PADSM) pretende brindar una caja de herramientas a ser desarrolladas y aplicadas en el territorio y así poner en práctica políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud. Este PADSM surge como una necesidad, para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 19.529 Ley de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental (MSP, 2018), y a los acuerdos entre las instituciones del medio.

Resulta pertinente hacer referencia a la Ley 19529, Ley de Salud Mental, “que tiene por objeto 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 de todas las personas”. (MSP, 2018).

A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer

una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental. Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno. (MSP, 2018)

El marco general de la salud mental es promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos, comunidades y sociedades con el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar. La salud mental es una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental (MSP, 2018). La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental severo (MSP, 2018).

El consumo problemático de drogas también surge del diagnóstico como un tema relevante a ser abordado en el marco de las políticas de salud mental, en conjunto con la Junta Departamental de Drogas y otros actores, en tanto su naturaleza es multidimensional, desde una perspectiva integral de acuerdo a la Ley N°19.529 (MSP, 2018).

En cuanto a los trastornos mentales severos (TMS) se refieren a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad social (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002). Las personas que transitan TMS deben constituir un grupo de interés prioritario para el acceso a servicios sanitarios y dispositivos sociales de apoyo orientados a mejorar su situación hasta donde sea posible.

Para ello, es clave analizar la factibilidad de dispositivos de atención que puedan configurar una alternativa a los modelos basados en el encierro y la medicalización como única forma de abordaje. El suicidio y los intentos de autoeliminación (IAE) constituyen una problemática de alta prevalencia a nivel nacional y departamental, por lo que se entiende prioritario su tratamiento específico, incluyendo todos los componentes implicados: prevención, atención, seguimiento y posvención. Claramente, el PADSM se enfoca en el componente mental de la salud y asigna especial prioridad a acciones encaminadas hacia la eliminación de toda forma de vulneración de dere-

chos humanos, así como a la adopción, de manera irreversible, de una lógica de recuperación basada en el involucramiento de y con la comunidad, buscando que la misma sea accesible a toda persona con problemas de salud de expresión predominantemente mental, por complejos o persistentes que tales problemas puedan ser. Se trata de encontrar la participación real de diversos sectores (educación, vivienda, trabajo, desarrollo social, etc.) que -junto al de la salud- son fundamentales y hace a un imprescindible y profundo cambio cultural.

La generación de entornos saludables es una prioridad de la salud pública en todas sus dimensiones, especialmente en la psicológica. Se trata de incorporar la prevención específica en salud mental, así como la atención accesible y oportuna de manifestaciones de malestar subjetivo que impacten como problemas de salud relacionados.

Desde una perspectiva comunitaria de salud y con una concepción integral, es imprescindible hacer foco en las dinámicas de interacción dentro del sector salud y entre otros sectores, así como recuperar la articulación de las diversas acciones existentes, las complementariedades intersectoriales para el diseño de estrategias de apoyos psicosociales que dialoguen con otras áreas para promover sinergias en los apoyos tales como vivienda, trabajo, recreación, actividades de interacción y relaciones interpersonales, entre otros.

Los actores del territorio identificaron las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), a través de diferentes dimensiones que serán retomadas en el Plan.

Para la elaboración del Plan de Acción Departamental de Salud Mental, se parte del diagnóstico de situación realizado participativamente, tomando como marco el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). De esta manera, su metodología de elaboración recoge y mantiene las áreas priorizadas en el PNSM, proponiendo líneas de acción que han sido adaptadas a las características y necesidades del territorio, mediante el proceso de diagnóstico de situación. De esta manera, las líneas de acción de este plan, cuyo periodo de ejecución será 2024-2025 revisten el carácter de recomendaciones, orientadas a mejorar las respuestas para los problemas de impacto sanitario que fueron priorizados localmente. Asimismo, el plan sugiere quiénes podrían asumir las diferentes responsabilidades necesarias para su concreción. Lejos de ser un producto acabado, es un instrumento vivo que queda como una propuesta abierta y dinámica, como lo ha sido el proceso de gestación, y que se espera continúe nutriéndose con aportes que puedan surgir a partir de su presentación. El proceso ha tenido una particularidad: en simultáneo a la elaboración del plan se fueron generando intervenciones y acciones que surgieron producto de los nudos detectados en el diagnóstico y de la metodología participativa desarrollada.

Propósito

Contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbimortalidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención.

Objetivo general

Generar un marco colaborativo e interinstitucional para impulsar e implementar acciones de mejora en el abordaje de la salud mental de la población del departamento de Río Negro entre 2023 y 2025.

Metodología para la elaboración del plan

En el presente Plan se procuró contar con los aportes de aquellos actores involucrados en la temática, cuya participación se consideró imprescindible para la definición de prioridades y líneas estratégicas de acción.

En una primera etapa, la Intendencia Departamental de Río Negro contactó a la OPS y a partir de ahí desde la Casa de la Universidad de Río Negro del CENUR Litoral Norte de la Universidad de la República se conformó un equipo interdisciplinario coordinador del proceso de elaboración participativa y redactor del Plan a nivel territorial. Este equipo contó con el apoyo del equipo profesional de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay, y también con el apoyo de colaboradores externos con amplia experiencia en la temática como la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, y la Prof. Dra. Sandra Romano.

Posteriormente en base al diagnóstico de situación se definen siete ejes de acción en coherencia con el PNSM: Rectoría y gobernanza; Intersectorialidad; Promoción y prevención; Atención; Gestión humana y capacitación; Sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación y Comunicación.

Siguiendo la misma metodología participativa y comunitaria, se realizan talleres con diferentes actores locales de distintos sectores: salud, educación, servicios sociales, personas de organizaciones civiles, estudiantes de liceos, etc. para profundizar y contribuir en los ejes del Plan. Se realiza una propuesta con líneas de acción para intentar resolver los problemas con impacto sanitario priorizados, se asignan -a modo de sugerencia o de recomendación- respon-

sabilidades y tiempos para su logro. Los grupos trabajaron en base a lineamientos acordados por el equipo coordinador y tuvieron un plazo de discusión y sistematización de sus aportes.

Por otro lado, se realizó una amplia revisión documental de fuentes nacionales: marco normativo, planes y políticas, publicaciones en revistas científicas e informes producidos por grupos académicos. Asimismo, fueron revisados artículos sobre estos temas de países de América Latina, Europa, y Oceanía. Se contemplaron también documentos de la OPS y la OMS, de otros organismos internacionales y documentos producidos por consultores internacionales y principalmente el Plan Nacional de Salud Mental de Uruguay, 2020-2027.

A partir de la sistematización de estos insumos se elaboró una primera propuesta de plan, el cual se abrió a consulta pública y validación. La presente versión representa una consolidación de los valiosos aportes de quienes participaron en el proceso de elaboración.

Supuestos que deben concretarse para que las líneas de acción planteadas sean realizables

Para que este Plan pueda ser ejecutado, es imprescindible que sea incorporado como hoja de ruta por los diversos actores implicados. Esto requiere de una ratificación de los compromisos asumidos el 6 de julio de 2023 con el lanzamiento de este proceso de cooperación entre la OPS / OMS y Río Negro, a través de acuerdos formales que luego se traduzcan en acciones sustantivas por parte de las diversas instituciones. Asimismo, necesita de la asunción de algunos liderazgos insoslayables entre los actores allí identificados.

Es un Plan que -para su concreción- precisa del sostén de una vasta red de recursos, por lo que es imprescindible fortalecer los estilos y canales de comunicación para asegurar coherencia, eficiencia y eficacia.

El plan, para su ejecución, también requiere de la asignación de recursos. En particular en cuanto a suicidio e intentos de autoeliminación se propone considerar el trabajo elaborado por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) en el marco del plan de acción y el acuerdo de cooperación técnica con la OPS: “Ruta de abordaje al suicidio y la conducta suicida en el sector salud” (Anexo 1), el cual busca conocer y contribuir a las estrategias implementadas por los prestadores de salud locales en cuanto al registro, evaluación y monitoreo de los IAE. Esto enmarcado en los lineamientos nacionales brindados por la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025 y en consonancia con el trabajo del Grupo Departamental de Prevención del Suicidio.

Acerca del análisis de factibilidad para instalar en el departamento de Río Negro alguno/s de los dispositivos comunitarios de atención: Unidad de Corta Estadía Hospitalaria, Casa de Medio Camino, Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial, se propone remitirse al documento elaborado por la Prof. Dra. Sandra Romano, en su calidad de consultora de OPS (Anexo 2).

Líneas de trabajo priorizadas

Siguiendo lo propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental se definen 7 líneas estratégicas para trabajar a nivel departamental: Rectoría y gobernanza; Intersectorialidad; Promoción y prevención; Atención; Gestión humana y capacitación; Sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación y Comunicación

Cada línea de trabajo priorizada se presenta con sus objetivos, líneas estratégicas y acciones. Para cada una de las acciones se postulan actores cuyo involucramiento resulta clave, los resultados esperados y se propone un plazo para su cumplimiento.

6.1. Rectoría y gobernanza

Es imprescindible consolidar y fortalecer la rectoría del MSP en el territorio y el sistema de gobernanza a nivel departamental. Distintas instituciones públicas y privadas, estatales y de la sociedad civil organizada, están debidamente identificadas en el territorio y constituyen una red, que puede mejorar su integración, interacción, comunicación y la distinción de responsabilidades a su interna. La participación social, especialmente de usuarios y familiares de personas con trastornos mentales, requiere mayor representación.

Objetivos

- Consolidar y fortalecer la rectoría del MSP en el territorio y el sistema de gobernanza a nivel departamental.
- Fortalecer a nivel departamental la gestión de las políticas de salud mental, sin descuidar los diferentes niveles de responsabilidad.
- Conformar un Comité Ejecutivo del Plan Departamental de Salud Mental que esté integrado por: MSP - DDS, IDRN, MIDES, ASSE, CAMY, AMEDRIN
- El Comité Ejecutivo del Plan Departamental de Salud Mental tendrá como misión: conducir la ejecución de este Plan. Sus funciones principales serán: orientar a los prestadores de salud para el cumplimiento del Plan, articular con los espacios interinstitucionales ya existentes para la concreción de las acciones previstas en el Plan y monitorear sus avances.

Líneas estratégicas

- Formalizar los acuerdos y compromisos institucionales para propiciar el cumplimiento del presente Plan, en consonancia con el PNSM
- Convocar a actores de la sociedad civil, usuarios y/o familiares de personas con Trastornos Mentales (TM) para su participación activa

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Impulsar a la DDS en la implementación del PNSM en el territorio, con la presentación del PADSM.	IDRN-OPS-CENUR-MSP	DDS aprueba los lineamientos propuestos en el presente plan. Designa al menos un referente para la interlocución, además del Director.	Febrero / Marzo 2024
Promover la convocatoria de representantes de usuarios y familiares de personas con TMS con el propósito de que se involucren y participen en el Plan.	MSP	Grupo de usuarios y familiares nucleados y en conocimiento del Plan.	Primer semestre 2024
Conformación del Comité ejecutivo departamental del PADSM.	MSP-DDS/IDRN MIDES / ASSE /CAMY /AMEDRIN	Comité Ejecutivo conformado y con claridad sobre su misión.	Primer semestre 2024

6.2. Intersectorialidad

La construcción de políticas en salud mental está pensada desde la intersectorialidad, siendo ésta la única forma de llevar adelante acciones de manera eficiente, y colectiva, estando previsto por la Ley 19.529 y resuelto por Decreto Reglamentario N° 331/019, a nivel Nacional.

El departamento de Río Negro ha desplegado dispositivos y comisiones convocadas con este espíritu y bajo esta forma de coordinación de acciones, (Prevención de Suicidio, Consumo problemático de drogas, Violencia de género, Discapacidad, entre otras). Algunos de esos ámbitos tienen una relación más explícita con la salud mental (ejemplo: el Grupo Departamental de Prevención del Suicidio), otros la tienen, pero de forma más difusa o atravesada por otras mediaciones (ejemplo: la Mesa Interinstitucional de Políticas Sociales), pero -desde una perspectiva

comunitaria, integral e intersectorial-todos ellos son activos con potencial para contribuir a la efectivización de las transformaciones que el departamento precisa en esta materia. Necesita profundizar y unificar líneas de trabajo, sumando actores de la sociedad civil, hasta ahora con escasa representación. Se piensa la intersectorialidad reconociendo los espacios ya existentes, su trayectoria y compromiso en el territorio.

Objetivos

- Desarrollar y monitorear el plan operativo del PADSM en aquellos ámbitos de coordinación departamental intersectorial ya existentes y teniendo en cuenta las particularidades territoriales.
- Incorporar actores de la sociedad civil: usuarios y familiares al trabajo intersectorial.

Líneas estratégicas

- Garantizar la integración en estos ámbitos de todos los actores claves en la temática.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Impulsar y sostener la convocatoria de todos los actores claves a través del MSP - DDS. (Según Ley 19.529), de acuerdo a los lineamientos planteados por el Decreto N°331/019	MSP, MIDES, MEC- Ministerio de Vivienda, Ministerio de Trabajo, Ministerio del Interior, Junta de Drogas, BPS, INAU, ASSE, IDRN, UdelaR, Academia, organizaciones no gubernamentales vinculadas a la temática. Intendencia, Prestadores de salud. Sociedad civil, usuarios y familiares.	Conformación de un Consejo Consultivo con instituciones involucradas que confirman compromiso y asumen responsabilidades en la ejecución del plan departamental	2024 - 2025
Elaborar agenda articulada de las actividades o acciones vinculadas a salud mental que genere como resultado un plan operativo anual para implementar el PADSM	Comité ejecutivo departamental. MSP, IDRN, Grupo departamental de prevención de suicidio, Junta departamental de drogas, Instituciones académicas, Intendencias, Prestadores de salud, Sociedad Civil, Consejo Consultivo, usuarios y familiares	Cronograma Unificado. Plan operativo Anual de SM por Grupos y redes existentes.	Abril 2024 Abril 2025

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Implementación progresiva del plan operativo	MSP, Grupo departamental de prevención de suicidio, Junta departamental de drogas, Instituciones académicas, Intendencias, Prestadores de salud, Sociedad Civil, Consejo Consultivo, usuarios y familiares.	Número de acciones concretadas/acciones planificadas del plan operativo según cronograma propuesto.	2024-2025
Monitoreo del plan operativo	Comité ejecutivo departamental	Informes semestrales de evaluación del plan operativo	julio y diciembre 2024 julio y diciembre 2025

***Plan operativo anual:** Resulta del cronograma o agenda de actividades de salud mental unificadas, más allá del grupo, red, o comisión que lo lleve adelante. Surge de las planificaciones anuales de los mismos.

El monitoreo de los objetivos y acciones propuestas por el Plan de Acción y por el Plan Operativo que lo materialice, se enriquecerá con algunas técnicas de evaluación. En ese sentido recomendamos la evaluación de cumplimiento de objetivos y resultados esperados, tomando como guía los cuadros propuestos para cada una de las siete líneas de trabajo jerarquizadas en el Plan.

Pueden emplearse instrumentos como listas de cotejo y/o rúbricas, acompañadas de categorías de logro (no logrado, logrado parcialmente, logrado en su totalidad), y de cumplimiento cronológico (en plazo, fuera de plazo), llevando un registro de observaciones que permita identificar obstáculos y facilitadores de la tarea. El uso de los colores del semáforo puede oficiar de alerta y/o señal de avance en el proceso.

Los instrumentos mencionados podrán compartirse con todas las instituciones y actores comprometidos en la ejecución del plan, diferenciando categorías de responsabilidad/implicancia en las actividades. Ejemplo: estoy al tanto y no me compete, estoy al tanto y me compete, no estoy al tanto y me compete.

6.3. Promoción y prevención

La promoción de salud mental debe apuntar al bienestar procurando fortalecer factores de protección en todas las edades y especialmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad, personas en situación de violencia, personas con discapacidad, personas mayores, entre otras. Eso requiere cambios de actitudes y conceptos que dependen del entorno social y cultural.

La promoción y prevención en Salud Mental debe tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales deben estar reflejados en las acciones.

En general se llevan adelante un conjunto de acciones en esta línea hacia diversas poblaciones, con escasa coordinación local y/o departamental. En particular, se identifican limitadas acciones sistemáticas para personas mayores y para personas que trabajan en los equipos de atención que desarrollan tareas de cuidados hacia otros. Por lo que, generar y potenciar acciones destinadas a la población mencionada resulta importante.

Objetivos

- Potenciar las iniciativas en promoción de salud y prevención de enfermedades, que desarrollan instituciones educativas, de la salud e intersectoriales.
- Articular las iniciativas interconectándolas en función de un fin estratégico común.
- Promover acciones enfocadas en las personas mayores y a integrantes de equipos de trabajo con poblaciones con problemas psicosociales, con riesgo de estrés laboral en su condición de cuidadores.

Líneas estratégicas

- Sensibilizar a la comunidad acerca del cuidado de la Salud Mental, especialmente de los grupos de riesgo, de las diferentes franjas etarias.
- Facilitar la generación y fortalecimiento de factores de protección que contrarrestan los de riesgo psicosocial, en la población en general y en especial de la población más vulnerable, personas mayores y adolescentes.
- Promover espacios de cuidado hacia los equipos profesionales y no profesionales que intervienen en procesos de atención.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Propiciar y apoyar campañas de promoción de Salud Mental.	Comité Ejecutivo, Consejo Consultivo, Intersectorialidad, Udelar, Instituciones Académicas	Nº Actividades (ferias de salud mental, campañas, entrega de folletería) realizadas en y con la comunidad (instituciones educativas, centros de barrio, policlínicas o Centros de Primer Nivel de atención), con criterio intersectorial y/o interinstitucional.	2024 - 2025
Generar actividades de temas de salud mental, priorizando prevención de suicidio, uso problemático de sustancias, que apunten a trabajar estigmas y mitos sobre salud mental	Comité Ejecutivo, Consejo Consultivo MSP, MIDES, MEC, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Trabajo, Ministerio del Interior, Junta de Drogas, BPS, INAU, ASSE, IDRN, UdelaR, organizaciones no gubernamentales vinculadas a la temática. Prestadores de salud. Sociedad civil, usuarios y familiares.	Número de acciones concretadas/ acciones planificadas del plan operativo según cronograma propuesto	2024 - 2025
Crear espacios de recreación / inclusión social para personas mayores.	IDRN, MIDES, etc.	Espacios creativos/recreativos para personas mayores creados.	Junio 2024
Sostener espacios de recreación/ inclusión social para adolescentes y jóvenes en períodos de vacaciones.	IDRN, MIDES, etc.	Espacios creativos/recreativos creados para adolescentes y jóvenes.	2024-2025
Promover talleres de prevención de estrés laboral para cuidar al que cuida.	Prestadores de salud público/privado. IDRN	Grupos anuales destinados a integrantes de equipos que trabajan con la problemática psicosocial.	2024-2025

6.4. Atención

Tal como lo requiere el modelo propuesto en Salud Mental, la atención se debe hacer preferentemente en el ámbito comunitario, promoviendo abordajes interdisciplinarios e intersectoriales tomando como eje las necesidades de las personas y en relación a su ciclo vital, a una perspectiva de género y desigualdades.

Este tipo de atención requiere del fortalecimiento del primer nivel de atención, como puerta de entrada y la existencia de claros mecanismos de articulación con otros niveles de atención y/o entre instituciones, con especial cuidado de asegurar la continuidad y eficiencia. Es importante hacer foco en la atención de las problemáticas de salud mental prevalentes y en las personas con trastorno mental severo a lo largo de la vida, considerando la especificidad que requieren algunas poblaciones vulnerables.

Objetivo

- Optimizar el sistema de atención para personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos tendiendo a un modelo comunitario, más accesible.

Líneas estratégicas

- Fortalecer a los Equipos Básicos de salud en su capacidad resolutive.
- Procurar mejoras en la planificación, programación y articulación de los servicios, y entre los distintos niveles de atención.
- Mejorar la accesibilidad a los diferentes dispositivos y servicios, considerando las particularidades geográficas y de distribución de los recursos existentes.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Capacitar Equipos Básicos en herramientas para resolver problemas de salud mental de alta prevalencia.	MSP-OPS. Instituciones académicas.	Construir Línea de base. Equipos básicos capacitados. Número de trabajadores del Primer Nivel que acceden a curso mhGAP u otros.	2024-2025

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Acordar uso de herramientas para articulación entre dispositivos y/o niveles de atención y/o dispositivos.	MSP - Prestadores de Salud públicos y privados	Direcciones de 1er y 2º Nivel de prestadores de salud acuerdan con Equipos Básicos y Equipos Comunitarios de Salud Mental protocolos o herramientas de articulación.	Primer semestre 2024
Generar espacios de diálogo de saberes entre niveles de atención para intercambiar herramientas y mejorar la resolutivez	Equipos Básicos y Equipos Comunitarios de Salud Mental. (Prestadores públicos y privados)	Espacios de diálogo generados. Nº de encuentros. Al menos uno entre Fray Bentos y sus territorios de referencia y otro entre Young y sus zonas de referencia.	2024-2025
Solicitar apoyo de la coordinación de SM regional de ASSE, para validar y/o generar acuerdos y lineamientos de georreferencia y acceso a los servicios especializados, en el norte del departamento, generando mecanismos de mayor equidad.	MSP, prestadores públicos y privados.	Protocolos o herramientas de articulación en funcionamiento. Acuerdos de acceso a agendas y pautas de priorización para la atención, teniendo en cuenta el Plan de Prestaciones de Salud Mental.	Primer semestre 2024.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Formalizar convenios de complementación en atención a la salud mental.	MSP, prestadores públicos y privados. IDRN.	Nº Convenios firmados	2024
Diseñar el plan de implementación de Telemedicina* como estrategias a distancia para ampliar la cobertura al interior del departamento.	MSP - IDRN - - ASSE - OPS.	Nº de dispositivos de telemedicina funcionando. Nº consultas resueltas a distancia.	2024-2025
Generar una experiencia piloto de telemedicina seleccionando equipos predispuestos a la experiencia.	MSP-IDRN -ASSE - OPS.	Nº Pilotos realizados. Experiencia piloto de telemedicina realizada y evaluada a nivel rural y otra a nivel urbano.	2024

* Documento de referencia: *Aportes para la Telemedicina en ASSE. OPS/OMS.*

6.5. Gestión humana y capacitación

El personal de la salud y en particular de la salud mental que trabaja con personas con trastornos mentales constituye un pilar muy importante para garantizar una atención adecuada y de calidad. Es fundamental la formación continua y la capacitación del personal, alineada al modelo comunitario y que esa formación sea una prioridad para los empleadores.

Es importante promover el cuidado y priorizar el cuidado de la salud mental de los equipos profesionales y no profesionales que intervienen en procesos de atención. Las reuniones de equipo y la capacitación continua configuran estrategias privilegiadas para ello.

Objetivo

- Potenciar y generar capacitación desde el paradigma comunitario destinada al personal que trabaja en salud mental (personal de salud, social, educación, etc.).

- Propiciar y generar espacios de autocuidado de los equipos profesionales y no profesionales que intervienen en procesos de atención.

Líneas estratégicas

- Elaborar un plan de actualización/capacitación para equipos básicos de salud del departamento, recogiendo necesidades y prioridades.
- Facilitar el acceso a la formación, especialmente al personal del interior del departamento.
- Promover el cuidado de los equipos de atención.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Generar instancias de nivelación en el modelo comunitario con actores comunitarios (salud, educación, etc.)	OPS/ CENUR/ IDRN	Actividades de nivelación realizadas/planificadas	Octubre - diciembre de 2023.
Realizar un Plan de capacitación/ actualización basado en el modelo actual de atención en salud mental: incluyendo temáticas de enfermería comunitaria y otros a priorizar.	MSP, ASSE, Prestadores de Salud, IDRN, UdelaR, OPS, Instituciones académicas, otros organismos formadores.	Acuerdos/ convenios de capacitación Cursos, jornadas	2024 - 2025

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
<p>Continuar con capacitaciones en Primeros auxilios psicológicos (PAPs) para actores de la comunidad.</p> <p>Generar instancias de introducción al modelo comunitario de SM y capacitación para talleristas de IDRN, previo al inicio de los talleres.</p>	<p>CENUR- UdelaR/ OPS. MSP</p> <p>Técnicos IDRN</p>	<p>Acuerdo/ convenio entre las instituciones.</p> <p>Realización de 2 cursos anuales.</p> <p>Número de actividades de capacitación realizadas.</p> <p>Porcentaje de talleristas capacitados.</p>	<p>2024</p> <p>2024 - 2025</p> <p>2024- 2025</p> <p>2024 - 2025</p>
<p>Proponer a los inspectores y directores de ANEP de todos los niveles, la implementación de capacitaciones en los centros educativos para docentes en espacios de coordinación.</p>	<p>ANEP -OPS - MSP- MIDES - CENUR - UdelaR - Instituciones académicas</p>	<p>Actividades de capacitación/ actualización realizadas en centros educativos / cantidad de asistentes 1 por localidad.</p>	<p>2024 - 2025</p>
<p>Capacitar a cuidadores de hogares que atienden a personas con trastornos mentales, desde una perspectiva de DDHH</p>	<p>MSP, UdelaR, MIDES, Instituciones académicas, otros organismos formadores</p>	<p>Construir línea de base. Personal capacitado</p>	<p>2024 - 2025</p>
<p>Generar espacios de cuidado de los equipos que intervienen en procesos de atención.</p>	<p>MSP / Prestadores de salud públicos y privados. IDRN. MIDES. OPS</p>	<p>Nº de espacios generados.</p>	<p>2024 - 2025.</p>
<p>Mantener, fortalecer y ampliar los distintos programas de formación de la UdelaR en el territorio, a través de las prácticas de grado y posgrados en diferentes disciplinas con impacto en salud mental.</p>	<p>UdelaR-CENUR- OPS - MSP- IDRN - Instituciones académicas</p>	<p>Prácticas que se desarrollan en el departamento</p> <p>Línea de base 2023: Residentes, practicantes y estudiantes de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social en Fray Bentos Young y pueblo Grecco.</p>	<p>2024 - 2025.</p>

6.6. Sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación.

Es importante contar con información actualizada, accesible, oportuna y de calidad para lograr gestionar adecuadamente las políticas públicas, a partir de las necesidades de la población y para facilitar la distribución de recursos y tomar decisiones.

Organizar servicios, y diseñar dispositivos requiere de la sistematización de información de la población, de los problemas que presenta y de la capacidad de respuesta del sistema.

Es necesario generar un sistema de monitoreo de las acciones planificadas y de las barreras que se presentan para promover las modificaciones necesarias. Este monitoreo refiere a cantidad de servicios, incorporación de nuevos dispositivos de atención, pero también en la mejora continua de la calidad de atención y satisfacción de usuarios y familiares.

Objetivos

- Contar con datos rutinarios de la situación de salud y de la respuesta del sistema actualizados y de calidad para generar información útil para la planificación de políticas públicas.
- Promover el monitoreo de las acciones para mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Líneas estratégicas

- Mejorar el acceso a información sistematizada acerca de la relación actual entre demanda y oferta de los prestadores de salud públicos y privados.
- Actualizar información epidemiológica de usuarios que reciben asistencia en los prestadores de salud.
- Promover la realización de una investigación epidemiológica departamental relativa a la salud mental.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
<p>Registro y sistematización de consultas, por localidad de residencia.</p> <p>Registro actualizado de usuarios con TMS que se atienden en servicios de salud, por localidad</p>	MSP, Prestadores de Salud.	<p>Información sistematizada de número de consultas efectivamente realizadas, en servicios de salud mental.</p> <p>Nº de personas con TMS que consultan por localidad.</p>	Primer semestre 2024
Realizar Investigación epidemiológica sobre salud mental para conocer la realidad del depto.	OPS, IDRN, UdelaR, MSP	<p>Proyecto de investigación aprobado y distribución de responsabilidades para su financiación y ejecución resuelta.</p> <p>Equipo Investigador conformado.</p> <p>Informe de investigación avalado y entregado.</p>	<p>2024</p> <p>2025</p>
Definición de un sistema de evaluación de la calidad de los dispositivos de la red de atención.	MSP, Prestadores de salud, Junta Departamental de Drogas, UdelaR, Instituciones académicas, Sociedades científicas	Documento de consenso.	Diciembre 2024.
Definir instrumentos para valorar el nivel de satisfacción de los usuarios y familiares con la atención recibida en los servicios.	MSP, Prestadores de salud, Junta Departamental de Drogas, UdelaR, Instituciones académicas, Sociedades científicas,	Documento de consenso.	Diciembre 2024.

6.7. Comunicación.

Los medios de comunicación y las redes sociales cumplen un papel fundamental en relación a la promoción de salud mental y prevención de enfermedades mentales.

Objetivos

- Lograr una participación activa y responsable de los medios masivos de comunicación (MMCC) en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.
- Generar lineamientos y sugerencias para las comunicaciones institucionales en redes sociales en temas vinculados a la salud mental.

Líneas estratégicas.

- Establecer una alianza con los MMCC.
- Generar lineamientos y sugerencias para comunicaciones a través de redes sociales en temas de salud mental.
- Mejorar la comunicación responsable de la problemática del suicidio por parte de los MMCC.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados	Cronograma
Diseñar e implementar un plan de comunicación de SM con los MMCC.	Comité ejecutivo departamental. UdelaR*, y otros . MMCC.	Plan de Comunicación con Medios masivos de comunicación.	Octubre -Diciembre 2024.
Generar instancias periódicas de sensibilización y capacitación para la comunicación con los MMCC y/o con quienes gestionan las redes institucionales locales.	IDRN - MSP- OPS- CPU Comité ejecutivo departamental. UdelaR, y otros. MMCC y referentes de comunicación institucionales del departamento.	Actividad Aportes a los medios de comunicación a la prevención de suicidio Número de encuentros realizados/planificados	Octubre 2023 2024 - 2025
Generar una Guía de recursos de Salud Mental y sociocomunitarios	CENUR, CPU, OPS.	Guía de Recursos publicada y difundida.	Marzo 2024.
Crear un espacio de salud mental dentro de los portales institucionales, con información, guías, documentos que orienten el enfoque sociocomunitario. Actualizarla con productos/ información a nivel local, departamental y nacional.	IDRN - OPS - MSP Comité Ejecutivo de Salud Mental.	Espacio virtual creado con los recursos disponibles.	Marzo - Julio 2024. 2024 - 2025 Actualizada sistemáticamente

*Sujeto a coordinación y disponibilidad con la Facultad de Comunicación e Información de la UDELAR.

7. Referencias Bibliográficas

- Banco Mundial. (octubre de 2022). Obtenido de <https://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview>
- Benia, W., & Reyes, I. (2008). Temas de Salud Pública (Vol. Tomo 1).
- CEPAL. (2019). CEPAL.
Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/36642#:~:text=El%20C3%8Dndice%20de%20Desarrollo%20Hu-mano,%3A%20salud%2C%20educaci%C3%B3n%20e%20ingresos>.
- CIMAS (Ed.). (2009). Metodologías participativas. Manual. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. https://redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-prevencion-suicidio-2021-2025>
- Díaz, V. (2016). Recomendaciones para la elaboración de un póster científico. *Pediatría Panamá*, 45(3), 48-57.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/847926/guia-de-actualizacion.pdf>
- Ministerio de Salud de Ecuador. (2014). Instructivo para la elaboración del análisis situacional integral de salud diagnóstico situacional metodología de trabajo.
- Ministerio de salud del Perú. (2015). Metodología para el análisis de situación de salud local.
- Normas APA. (2020). Guía Normas APA 7ma. edición. <https://normas-apa.org/wp-content/uploads/Guia-Normas-APA-7ma-edicion.pdf>
- INE - ECH. Mercado de trabajo por área geográfica de residencia. Actividad, Empleo y Desempleo. Mayo 2022. Recuperado de: https://www3.ine.gub.uy/boletin/Informe_departamental-MAYO-2022.html
- INE. Indicadores sociodemográficos seleccionados por Sección Censal, Localidades Censales y áreas gestionadas por municipios a partir de la información del censo 2011. Recuperado de: https://www.plenariodemunicipios.gub.uy/index.php/comunicacion/documentos/item/download/37_a99bca041e3684f78c618c77894e1fcd.html
- Información del Departamento de Río Negro. Oficina de Presupuesto y Planeamiento. Recuperado: www.rionegro.gub.uy/wp-content/uploads/2021/09/Rio-Negro-datos-OPP.pdf
- INUMET. Tablas estadísticas: <https://www.inumet.gub.uy/clima/estadisticas-climatologicas/tablas-estadisticas>
- Uruguay XXI. Exportaciones de Bienes por Departamento. Junio 2023. Recuperado de: www.uruguayxxi.gub.uy/uploads/informacion/2d09ae5340a87b56089724227ea346a1a8626e17.pdf
- MSP. (2017). Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/INFOsalud%20R%C3%ADo%20Negro.pdf>
- MSP. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Obtenido de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- MSP. (junio de 2023). Ministerio de Salud Pública Uruguay. Datos y estadísticas. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>
- MSP, Estadísticas vitales. (2022). Ministerio de Salud Pública Uruguay. Obtenido de <https://uins.msp.gub.uy/>

- MSP. (16 de julio de 2018). Ministerio de Salud Pública. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>
- MSP. (17 de julio de 2023). Ministerio de Salud Pública Uruguay. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-para-prevencion-del-suicidio-salud-mental-prioridad>
- (MSP, 2023) Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Julio 2023. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/17-julio-dia-nacional-para-prevencion-del-suicidio-salud-mental-prioridad>
- MSP. (Agosto, 2011). Dirección Nacional de Salud. Departamento de Programación Estratégica en área de ciclos de vida. Programa Nacional de Salud Mental. Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- MIDES - DINEM. Reportes departamentales. Río Negro. Mayo 2019. Obtenido de: www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/1634.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de Estadística, UNFPA, RIO NEGRO: Indicadores sociodemográficos seleccionados por Sección Censal, Localidades Censales y áreas gestionadas por municipios a partir de la información del censo 2011. Diciembre 2013.
- Naciones Unidas. (2022). Obtenido de: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/indice-felicidad>
- OPS. (agosto de 2023). Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/11-8-2023-opsoms-uruguay-ministerio-salud-publica-firmaron-estrategia-cooperacion-con-pais>.
- OUD . (2018). Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas. Obtenido de https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/buscar?search_api_fulltext=VII+encuesta+nacional+en+hogares&search-in-site=JND
- Rodríguez, A. Martínez, C. Índice de Desarrollo Regional y Especialización Productiva. Obtenido de: https://desarrolloteritorial.ei.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2019/04/Rio-Negro_final.pdf
- RN. (2023). rionegro.gub.uy. Obtenido de (Fuente: <https://www.rionegro.gub.uy/rio-negro/>)
- Uruguay, L. P. (Dic. de 2007). Legislativo Parlamento Uruguay. Obtenido de <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20reglamenta%20el,orden%20p%C3%ABlico%20e%20inter%-C3%A9s%20social>.

Mapas de Río Negro:

- <https://mapasdeuruguay.com>; recuperados de <https://mega.nz/folder/Sd5l2Yxb#IvuBWs5uKatIK4EgLfjw6g>
- <https://www.rionegro.gub.uy/rio-negro/>
- Imágenes:
- <https://www.descubriendouruguay.com/ZZZ-No-se-usa/LOS-TESOROS-TURISTICOS-DEL-RIO-URUGUAY-uc315410>
- <https://www.upm.uy/forestal/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Fray_Bentos#/media/Archivo:Quiosco_Glorieta.JPG
- <https://www.rionegro.gub.uy/se-inaugurara-la-remodelacion-de-la-casa-de-cultura-pedro-c-marin/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Teatro_Miguel_Young
- <https://www.elrionegrense.com.uy/2023/03/02/fray-bentos-funcionara-como-puerto-para-la-celulosa-paraguaya/>
- <https://rurales.elpais.com.uy/agricultura/la-revolucion-de-la-colza-con-345-000-has-es-el-principal-cultivo-de-invierno-en-superficie>
- <https://www.ambiente.gub.uy/oan/snap/esteros-de-farrapos-e-islas-del-rio-uruguay/>
- <https://www.facebook.com/RioNegroUru/photos/a.918356904862291/2575317132499585/?type=3>

8. Glosario

- AMEDRIN – Asistencia Médica De Río Negro
- ANEP – Administración Nacional de Educación Pública
- ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado
- BPS – Banco de Previsión Social
- CAMY – Cooperativa Asistencia Médica de Young
- CECAP – Centros Educativos de Capacitación, Arte y Producción
- CENUR - LN – Centro Universitario Regional - Litoral Norte
- CEPRODE - Centro de Protección de Derechos
- Ciudadela – Dispositivo de atención a personas con problemas de consumo de sustancias.
- CPU – Coordinadora de Psicólogos del Uruguay
- DDS RN – Dirección Departamental de Salud - Río Negro
- DINEM – Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo
- DSIE – Dirección Sectorial de Integración Educativa
- ECH – Encuesta Continua de Hogares
- IAE – intento de Autoeliminación
- IDH – Índice de Desarrollo Humano
- IDRN - Intendencia De Río Negro
- IFD – Instituto Formación Docente
- INAU – Instituto del Niño y el Adolescente
- INE – Instituto Nacional de Estadística
- IRN – Intendencia de Río Negro
- MIDES – Ministerio de Desarrollo Social
- MSP – Ministerio de Salud Pública
- NNA – Niños, Niñas y Adolescentes
- NSNT “Ni silencio ni tabú”
- OPP – Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- OPS/OMS - Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
- OSC – Organización de la Sociedad Civil
- PPSS – Políticas Sociales
- RAP – Red de Atención Primaria
- SNIS Sistema Nacional Integrado de Salud
- SVBG - Servicio de Atención de Violencia Basada en Género
- UCDIE – Unidades Coordinadoras Departamentales de Integración Educativa
- UDELAR – Universidad de la República
- UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas (por su sigla en inglés)
- UTEC – Universidad Tecnológica

9. Participantes del plan y agradecimientos.

La siguiente es una lista no exhaustiva de las personas que han participado en el proceso de elaboración de este Plan. Desde ya, pedimos disculpas si hemos cometido alguna omisión involuntaria. Asimismo, hacemos llegar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que todos los días, con su trabajo, contribuyen a la mejora de la salud de la población y en especial a todas las que aportaron su mayor esfuerzo y dedicación a la construcción colectiva de este Plan Departamental de Salud Mental, que nos compromete a seguir trabajando por una sociedad más justa, solidaria y feliz.

Nombre	Ocupación/Institución
Alejandra Conde	PPSS
Alexandra García	Lic. en Trabajo Social en PPSS
Alexandra Gilardoni	Dir. Técnica AMEDRIN
Alicia Bardier	Lic. Trabajo Social
Ana Centurión	Administrativa Colegio San Vicente de Paul
Ana Cuadrado	Dirección RAP
Ana Rasquin	Lic. en Trabajo Social. RAP ASSE
Andrés Montaña	Director Departamental. Salud
Berónica Berón	UdelaR Docente Lic Trabajo Social
Bettina Caraballo	Docente Liceo N° 2
Bibiana Nedor	Operadora Ciudadela
Camila Barreto	Lic. en Trabajo Social de Centro Juvenil Pájaros Pintados
Camila Viera	Lic. en Psicología. ASSE
Carla Avilés	Lic. Trabajo Social
Carlos Moyano	Educador Centro Esperanza
Carolina Montesano	Lic. en Enfermería RAP

Nombre	Ocupación/Institución
Carolina Palmira	IFD Docente - Directora Escuela N°7
Cecilia Fragello	Lic.en Psicología
Cecilia Peralta	Colegio Laureles
Cecilia Zunino	Lic. Enfermería RAP
Cintya Gregorio	Lic. en Trabajo Social ASSE
Dahian Techera	Centro Cooperativismo
Eliana Molina	Médico
Elvio Riglos	Psiquiatra Coord. Eq. Salud Mental ASSE
Ennio Mazziotto	Colegio Laureles
Enzo Giordano	Médico Residente Psiquiatría
Fabiana Álvarez	Proyecto Ibirapitá - Ciudadela
Francisco Rodríguez	Bomberos
Gabriel Flores	Médico- Adjunto Hospital Young
Gladys Fernandez	IFD Docente
Graciela Cuartas	Jubilada
Joaquina Craia	Colegio Laureles
Josefina Silla	Residente Psicología
Juan Pablo Leguiza	Referente CECAP
Juan Poggio	Referente Centro Esperanza
Karina Texeira	Referente CECAP
Katherine Sampson	Obstetra. Subdirectora del Hospital FB
Lautaro Galias	Colegio Laureles
Leticia Leis	Lic. en Psicología. Departamento de Salud Mental - MIDES
Leticia Torrado	ASSE - Montevideo / H. Vilardebó

Nombre	Ocupación/Institución
Lorena Taño	Practicante. Psicología ASSE
Lucía Molina	UdelaR- Casa de Río Negro
Lucia Techera	IDRN - PPSS
Ma. Delia Brunner	Lic. en Psicología ASSE.
Ma. Ingold	UdelaR- Directora Casa de Río Negro
Ma. Rosa Giménez	Escuela Técnica
Magdalena Conde	IDRN PPSS - Ciudadela Young
Manuela Benavidez	Maestra
Mariana Mascareña	Directora MIDES
Marianela Carmona	IDRN- Operadora Ciudadela Young
Marisol Reina	Inspectora de zona (Primaria)
Martín Martínez	IFD Docente - Apoyo Inspección Institutos y Liceos.
Mayella Gadea	Hogar La Unión
Melissa Rodriguez	Colegio Laureles
Mercedes Long	Alcalde Young
Micaela Garbarino	Lic. Trabajo Social - DAT (Dispositivo de Articulación Territorial)
Milagros Mora Urchipia	Colegio Laureles
Milena Vignolo	Médico Dirección Técnica. CAMY
Mónica Esquivel	Liceo N°1/Escuela Técnica/Escuela Agraria e IFD
Mónica Giordano	Salud mental de la INDDHH
Natalia Aguilar	Subdirección Hospital Young
Natalia Atanasoff	IFD Docente - Directora Escuela N°66
Natalya Nocerino	Dra. IRN- AMEDRIN. Hospital
Omar Lafluf	Intendente Río Negro

Nombre	Ocupación/Institución
Pablo Gomez Zecca	Psicólogo RAP ASSE
Patricia Amarillo	Directora PPSS IDRN
Patricia Berocay	Inspectora Institutos y liceos. DGES
Patricia Bremerman	Lic. en Trabajo Social Liceo N°3.
Patricia Pereyra	Asistente Técnica INAU
Patricia Venturelli	Psiquiatra Equipo Salud Mental ASSE
Patricia Vicente	Subdirectora Liceo N° 2 Fray Bentos
Paula Benvenuto	Lic. Trabajo Social
Paula Cheveste	Lic. en Psicología (UTECE- AMEDRIN)
Paula Dalmas	Médica Residente de Psiquiatría
Priscila Vidal	Lic. en Psicología
Rafael Olid	Docente Liceo N°2
Ramiro Liesegang	MIDES/INJU
Rita Ferreyra	Docente IFD Fray Bentos
Romina Ribic	Lic. en Psicología
Rosella Debenedetti	Lic. en Psicóloga. Ciudadela. Docente UTU
Rossana Bugayov	Docente. Equipo de Dirección Liceo N°1
Sergio Oneto	Psiquiatra ASSE- CAMY
Serrana Medina	CAMY
Sheila Georgeff	Escuelas Disfrutables - ASSE
Silvina Martinelli	CAMY
Silvina Morales	UCDIE - ANEP
Stephanie Laborda	Lic. en Psicología CEPRODE / Ciudadela Young
Valeria Orellano	Lic. Trabajo. Social. Escuelas Disfrutables.

Nombre	Ocupación/Institución
Victor Timote	Lic. en Psicología IDRN. PPSS.
Victoria Leoni	Médica Posgrado Psiquiatría
Viviana Miranda	Docente Liceo San Javier
Ximena Rodríguez	Lic. en Enfermería (ASSE-RAP)
Yeny Rodríguez	Lic. en Psicología.. Liceo N°2
Equipo RAP Río Negro	Centro de Salud Fray Bentos y Young, Policlínicas Perifericas de Young y Fray Bentos, Policlínica Nvo. Berlín, San Javier, Paso de la Cruz, Mellizos, Algorta, Sarandí de Navarro, Bellaco, Grecco, Sauce.
Talleristas de deporte y cultura de la IDRN y funcionarios/as de descentralización de la IDRN que trabajan en los centros comunitarios del interior del departamento	Grecco, Paso de la Cruz, San Javier, Sarandí de Navarro.

10. Anexos

Anexo 1: Ruta de abordaje al suicidio y la conducta suicida en el sector salud

Consultores externos para OPS designados por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU): Lic. Gonzalo Di Pascua / Mag. Ana Monza

Departamento de Río Negro

Ruta de abordaje al suicidio y la conducta suicida en el Sector Salud

Introducción

El presente documento, que da cuenta de la ruta de abordaje al suicidio y la conducta suicida en el sector salud en el Departamento de Río Negro, se enmarca en el acuerdo de cooperación técnica celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud Uruguay (OPS) y la Coordinadora de Psicólogos de Uruguay (CPU) para el “Apoyo a las estrategias de abordaje de la problemática del suicidio en el Departamento de Río Negro”.

El Plan de trabajo de la consultoría tiene como objetivo general contribuir a la estrategia de prevención del suicidio en el Departamento de Río Negro, aportando a los ámbitos de trabajo territoriales desde las recomendaciones surgidas de la revisión realizada por la CPU en 2022 y 2023 y facilitando su aplicación en un plan de trabajo interinstitucional.

En consonancia con dicho objetivo, se propone en particular: conocer y contribuir a las estrategias implementadas por los prestadores de salud locales en cuanto al registro, evaluación y monitoreo de los IAE, vinculado a la recomendación de la consultoría 2022-20231: “Optimización del sistema de registro y procesamiento de la información de IAE y posterior seguimiento de los casos” (Monza y Cracco, 2023)

Antecedentes

El Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (MSP, 2020) se propone en su Objetivo 2 (Gobernanza e intersectorialidad): consolidar la institucionalidad de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS) y la gestión de la política en Prevención de Suicidio. Las líneas estratégicas para el desarrollo de este objetivo son: asegurar infraestructura para fortalecer

1 - Suicidio en Uruguay, revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención (OPS. Monza y Cracco 2023)

el funcionamiento de la CNHPS, fortalecer el abordaje intersectorial y consolidar los Grupos Departamentales de Prevención de Suicidio (GDPS).

En relación a la asistencia, el mismo Plan propone como objetivo: mejorar la atención para personas con riesgo de suicidio y sus familiares. Y como líneas estratégicas: mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental para personas con riesgo de suicidio y sus familias, así como a supervivientes, garantizar la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento a personas con riesgo suicida y sobrevivientes. Mejorar la detección precoz y el tratamiento de la depresión en personas mayores y desarrollar e implementar programas de prevención y atención específicos para personas con alto grado de vulnerabilidad.

Finalmente, en relación a los sistemas de información, monitoreo y evaluación, el Plan Nacional propone cuatro líneas de acción de las cuales se destacan para este documento, por su relación con el IAE y el suicidio:

- Crear y mejorar los sistemas de registro rutinario promoviendo la integración de los mismos para contar con información actualizada y de calidad de la situación de la salud mental del país para la planificación y evaluación de las políticas en salud mental.
- Implementar estrategias de monitoreo y evaluación de la respuesta del sistema y de la mejora continua de la calidad.

En tanto la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025 (MSP, 2021) en articulación con el PNSM se propone como objetivo general: disminuir la incidencia de suicidio en Uruguay. Y como objetivos específicos (se recuperan los vinculados al presente documento): mejorar la atención en el SNIS para personas con riesgo de suicidio y sus familiares y mejorar el sistema nacional de vigilancia, evaluación e investigación de alta calidad relacionado con la conducta suicida.

Dentro del objetivo vinculado a la asistencia se destacan dos líneas: mejorar la calidad de la atención a personas con riesgo suicida y los sobrevivientes y garantizar la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento a personas con riesgo suicida y los sobrevivientes. Finalmente, en cuanto al objetivo vinculado a la mejora del sistema nacional de vigilancia se detalla el fortalecimiento del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidio.

El Plan de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011) aporta en particular en torno a la conducta suicida y al suicidio la priorización de poblaciones objetivo según franjas etarias; en el caso de adultos y adultas se consideran población a priorizar para el Modo 1 Grupal personas que transitan

muerres inesperadas de familiares y supervivientes de suicidio. Para el Modo 2 individual, pareja o familiar son población priorizada usuarios y usuarias con IAE.

En niños, niñas y adolescentes (NNyA) se prioriza la atención en el Modo 2 para NNyA con IAE y su seguimiento por al menos 6 meses.

Resumen de acciones gubernamentales vinculadas al abordaje del suicidio desde el sector salud:

- Creación de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (Decreto N°378/004)
- Plan de Prestaciones en Salud Mental (2011)
- Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay (2011-2015) y en el 2016 definió una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para 2016-2020. Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025.
- Grupos Departamentales de Prevención del Suicidio.
- Guías Clínicas para la actuación profesional (2012, 2014, 2016, 2017, 2019 y 2022)
- Decretos sobre registro obligatorio de IAE (2012, 2013, 2021 y 2022)

- Protocolo de atención y seguimiento a las personas con Intento de autoeliminación en el sistema nacional integrado de salud. [Ver aquí](#)
- Protocolo | Prevención y Atención en la Adolescencia Intento de Auto-Eliminación. [Descargar](#)
- Ordenanza N° 384/017 Atención Autoeliminación. [Ver aquí](#)
- Ordenanza 1323/2022 MSP Registro IAE en puertas de emergencia

Ruta asistencial en Río Negro en el Sector Salud Pública y Mutual

Dando cuenta del objetivo específico 6 de la presente consultoría: “Conocer y contribuir a las estrategias implementadas por los prestadores de salud locales en cuanto al registro, evaluación y monitoreo de los IAE”, se realiza una reconstrucción de la o las rutas departamentales para el abordaje de la conducta suicida y el IAE en el sector salud.

En esta sección se presenta la ruta de la conducta suicida tanto en formato de flujograma como narrativa a efectos de considerar e integrar aspectos que pueden no ser visibles en el esquema.

Es de relevancia dar cuenta de que los prestadores de salud de las ciudades de Young y de Fray Bentos, cuentan con distinta dotación de recursos técnicos. Esto hace que las rutas sean diferentes, notándose un desbalance entre lo que los servicios pueden ofrecer y la demanda asistencial en todos los niveles de atención.

Fuentes para la realización de la ruta departamental: entrevistas a informantes calificados, normativa y aplicación de cuestionario en el marco de la revisión de la misma.

La aplicación del cuestionario tiene como propósito específico validar la ruta identificada por el equipo consultor e integrar las sugerencias que las y los técnicos involucrados pudieran aportar a la misma.

A continuación, se presentan las rutas diferenciadas según se trate de NNyA o mayores de 15 años, prestadores de salud, públicos y privados y las localidades de referencia donde están ubicados.

Niños, niñas y adolescentes hasta 15 años

Prestadores públicos

ASSE

Se describe la ruta del prestador, tomando las dos unidades con puerta de emergencia y la RAP como estructura que abarca todo el territorio departamental. Cabe consignar que la división y referencia a regiones² se distribuye de la siguiente manera:

- RAP Río Negro: Región Oeste
- Hospital Fray Bentos: Región Oeste
- Hospital Young “Centro Auxiliar Young”: Región Norte

RAP Río Negro

- Se detecta una situación de riesgo por ideación suicida con o sin plan en NNyA.
- Se realizan diversas acciones según la situación clínica: se informa a familiar referente sobre la gravedad de la situación y se le solicita que lleve al NNyA a la puerta de emergencia del Hospital de Fray Bentos o con indicación por medio de receta a la ventanilla de asignación de citas para su atención en salud mental.
- En la localidad de Young y policlínicas rurales se solicita y coordina el traslado con la puerta de emergencia de los Hospitales.

2 - ASSE se organiza territorialmente en Regiones. Estas regiones representan espacios geográficos que agrupan departamentos. Dicho agrupamiento está basado en criterios de accesibilidad y eficiencia, tanto en PNA y sus prestaciones como Hospitales. Si bien Río Negro integra la Región Oeste para el PNA el Hospital de Young se encuentra adscripto a la región Norte.

- Al mismo tiempo se informa sobre la situación a la puerta de emergencia y las y los profesionales que se tenga conocimiento que se encuentran en puerta de emergencia de acuerdo al turno o día de guardia.
1. Si no ingresa, se le da fecha de -agenda preferencial-, lo resuelve Admisión.
 2. Según la valoración en puerta de emergencia pueden ingresar a sala de pediatría o traslado a Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
 3. Luego del alta, no se realiza coordinación entre servicios (Hospital de Fray Bentos y RAP Río Negro), la persona o familia se acerca nuevamente al centro o al técnico de la RAP para retomar el tratamiento. En algunas ocasiones los técnicos se comunican para coordinar en forma particular.
 4. No les llegan las devoluciones de las notificaciones del MSP.

Hospital Departamental “Dr. Ángel M Cuervo”, Fray Bentos:

- NNyA llegan a la puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación, con o sin intervención e indicación de RAP Río Negro.
- El médico pediatra de guardia valora el riesgo y asiste sobre la condición médica.
- Se registra el intento en forma digital, por parte de los funcionarios de Admisión.
- Dependiendo de la gravedad de la situación clínica se traslada para internación en CHPR, o a internación especializada.
- En el caso de las internaciones en CHPR, las altas son valoradas por psiquiatría del CHPR.
- Psiquiatra del CHPR realiza coordinaciones con referente de psiquiatría pediátrica local.
- Una vez otorgada el alta, se le asigna consulta programada con Psiquiatría para continuar con el seguimiento ambulatorio.
- A partir de aquí la médica Psiquiatra se ocupa del seguimiento hasta su estabilización y dependiendo de la situación clínica.
- La atención con Psicología y Trabajo Social es por derivación interna.

Centro Auxiliar de Young:

- NNyA llegan a la puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación, con o sin intervención e indicación de RAP Río Negro.
- El médico de puerta valora el riesgo y solicita interconsulta con el pediatra de guardia, a su vez el mismo puede iniciar coordinaciones con la guardia de salud mental, telefónicamente con Psiquiatra Infantil de guardia en Paysandú.
- El médico de puerta o pediatra de guardia da aviso a la guardia de dirección para realizar la notificación a MSP.

- Dependiendo de la gravedad de la situación clínica, se interna en sala hospitalaria de pediatría, o se traslada a CHPR Montevideo o a internación especializada.
- Las altas son valoradas por psiquiatría pediátrica del Hospital de Paysandú o por Pediatra a través de comunicación o indicación previa del especialista.
- Una vez otorgada el alta, se le asigna consulta programada con Psiquiatría pediátrica para continuar con el seguimiento ambulatorio en Paysandú.
- A partir de aquí la médica Psiquiatra se ocupa del seguimiento hasta su estabilización y dependiendo de la situación clínica.
- La atención con Psicología y Trabajo Social es por derivación interna.

Intendencia de Río Negro | División Salud

- Se detecta una situación de riesgo por ideación suicida con o sin plan en NNyA.
- Se realiza derivación en receta para puerta de emergencia del Hospital de Fray Bentos o Centro Auxiliar Young.
- Luego del alta, no se realiza coordinación entre servicios. No se reciben notificaciones del MSP, situación acorde al protocolo de atención y seguimiento a personas con IAE en el SNIS, que establece la notificación para puertas de emergencia. Para mayor información sobre este protocolo, consultar en página 41

b. Prestadores mutuales

b.1) AMEDRIN

- NNyA llegan a la puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación.
- El médico pediatra de guardia valora el riesgo y asiste sobre la condición médica.
- Se registra el intento en el formulario digital, por parte de los funcionarios de Admisión.
- Dependiendo de la gravedad de la situación clínica, se interna en sala hospitalaria, o se traslada a internación especializada.
- Las altas son valoradas por Psiquiatría Pediátrica.
- Una vez otorgada el alta, se le asigna consulta programada con Psiquiatría Pediátrica para continuar con el seguimiento ambulatorio.
- A partir de aquí la médica psiquiatra se ocupa del seguimiento hasta su estabilización y dependiendo de la situación clínica.
- La atención con Psicología y Trabajo Social es por derivación interna.

b.2) CAMY

- NNyA llegan a la puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación.
- El Médico Pediatra de guardia valora el riesgo y asiste sobre la condición médica.
- El Médico Pediatra coordina la internación con psiquiatría pediátrica presencial o telefónicamente.
- Se registra el intento en el formulario digital, por parte de la Licenciada en enfermería de puerta de emergencia.
- Dependiendo de la gravedad de la situación clínica, se interna en sala hospitalaria, o se traslada a sanatorio americano en Montevideo o a internación especializada.
- Las altas son valoradas por pediatría y psiquiatría pediátrica.
- Una vez otorgada el alta, se le asigna consulta programada con psiquiatría pediátrica para continuar con el seguimiento ambulatorio.
- A partir de aquí la médica psiquiatra se ocupa del seguimiento hasta su estabilización y dependiendo de la situación clínica.

Usuarios y usuarias mayores de 15 años

Prestadores Públicos

Se muestran las rutas integradas de los tres prestadores públicos del departamento vinculadas a la Región Oeste: ASSE y División Salud de la Intendencia Municipal de Río Negro.

a.1) ASSE

Se describe la ruta del prestador, tomando las dos unidades con puerta de emergencia y la RAP como estructura que abarca todo el territorio departamental. Cabe consignar que la división y referencia a regiones se distribuye de la siguiente manera:

- RAP: Región Oeste
- Hospital Fray Bentos: Región Oeste
- Hospital Young “Centro Auxiliar Young”: Región Norte

RAP Río Negro:

Los Centros de Salud (Fray Bentos y Young) mayoritariamente asisten población adulta en las áreas de salud sexual y salud reproductiva y en la prestación Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

En el caso de las policlínicas (incluidas las rurales), ante una situación de riesgo de IAE se coordina y realiza el traslado en ambulancia acompañado de personal técnico a la puerta de emergencia del Hospital que corresponda.

Hospital Departamental “Dr. Ángel M Cuervo”, Fray Bentos:

- La persona llega a la puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación.
- Médico o médica de guardia valora el riesgo y realiza estabilización de la condición médica.
- Se registra el intento en el formulario de registro digital, por parte de los funcionarios de Admisión.
- En el caso de que no se registre el IAE en Admisión de la puerta de emergencia, la Licenciada de Enfermería de la Sala de Salud Mental (referente IAE) se ocupa del registro de estos.
- Dependiendo de la gravedad de la situación clínica, se interna en sala hospitalaria de SM, o se traslada a internación especializada, o se le da el alta en la misma puerta si rectifica y si existen redes de sostén.
- Las altas en la sala de salud mental del hospital son valoradas por la médica psiquiatra de Sala.
- La Licenciada en Enfermería de SM recibe la devolución de la notificación digital del MSP.
- Una vez otorgada el alta, ya sea de puerta como de la sala, se le asigna consulta programada con Psiquiatría para continuar con el seguimiento ambulatorio.
- A partir de aquí la referente IAE se ocupa del seguimiento por los 6 meses reglamentarios.
- La atención con Psicología y Trabajo Social es por derivación interna.

Centro Auxiliar de Young:

- La persona ingresa a puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación.
- Médico o médica de guardia valora el riesgo y realiza estabilización de la condición médica. De acuerdo a esto se coordina con Psiquiatra de guardia, con internista de guardia o se otorga el alta de la emergencia.
- Se avista a médico internista de guardia en caso de ingreso a sala o de coordinación con psiquiatra.
- De ser necesario se realiza interconsulta telefónica con Psiquiatría en Hospital de Paysandú.
- Se registra el intento en el formulario digital, por parte de la dirección.
- A partir de la interconsulta con Psiquiatría, éste es quien valora el lugar de internación en caso de ser necesario: Salud Mental de Paysandú o internación de cuidados moderados Hospital de Young.

- Dependiendo de la gravedad de la situación clínica, se interna en sala hospitalaria, o se trasladada a internación especializada o se le da el alta en la misma puerta si rectifica y si existen redes de sostén.
- Si el riesgo es moderado o alto, se ingresa a sala común, este centro no cuenta con sala de salud mental.
- Una vez en sala de cuidados moderados, el seguimiento es realizado por médico internista en coordinación con psiquiatra de guardia del Hospital de Paysandú. El alta se valora por el Psiquiatra en una consulta posterior coordinada o por su indicación al internista.
- Los seguimientos están sujetos a la disponibilidad del Psiquiatra que viene de la ciudad de Paysandú y realiza su atención en el Centro de Salud de Young y RAP Río Negro, 16 números al mes y 8 números cada 15 días respectivamente.

a.2) INTENDENCIA RÍO NEGRO. División Salud

1. Se detecta una situación de riesgo por ideación suicida con o sin plan.
2. Se realiza derivación en receta para puerta de emergencia del Hospital de Fray Bentos o Centro Auxiliar Young. Luego del alta, no se realiza coordinación entre servicios. No se reciben notificaciones del MSP, situación acorde al protocolo de atención y seguimiento a personas con IAE en el SNIS, que establece la notificación para puertas de emergencia. Para mayor información sobre este protocolo, consultar en página 41.

b. Prestadores Mutuales:

b.1) AMEDRIN

- La persona ingresa a puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación.
- Médico o médica de guardia valora el riesgo y realiza estabilización de la condición médica.
- Registro del intento en el sistema de registro IAE por parte de Admisión.
- Dependiendo de la gravedad de la situación clínica, se interna en sala hospitalaria, o se trasladada a internación especializada o se le da el alta en la misma puerta si rectifica y si existen redes de sostén.
- Las altas en la sala de salud mental del Sanatorio son valoradas por Médica Psiquiatra.
- Las devoluciones de la notificación del MSP son recibidas por la dirección técnica del Sanatorio y trabajadas por Licenciada en Enfermería.
- Una vez otorgada el alta, ya sea de puerta como de la sala, se le asigna consulta programada con Psiquiatría para continuar con el seguimiento ambulatorio.
- La atención con Psicología y Trabajo Social es por derivación interna.

b.2) CAMY Mutual Young

- La persona ingresa a puerta de emergencia con ideación suicida o intento de autoeliminación.
- Médico o médica de guardia valora el riesgo y realiza estabilización de la condición médica.
- Registro del intento de autoeliminación en el formulario digital por parte de la Licenciada en Enfermería.
- Se interna en sala hospitalaria para la mejor evaluación de la situación o se traslada a internación especializada.
- En la internación en sala se encarga medicina interna en coordinación con psiquiatría.
- Las altas de la sala son valoradas por médico internista en conjunto con médico psiquiatra.
- Las devoluciones de la notificación del MSP son recibidas por la Dirección Técnica y la Licenciada en Enfermería quien realiza su seguimiento.
- Una vez otorgada el alta se asigna consulta programada con Psiquiatría para continuar con el seguimiento ambulatorio.
- La atención con Psicología se define por derivación y en comité de recepción.

Proceso de revisión de la Ruta IAE en Río Negro

Como parte del proceso de identificación y validación de las rutas identificadas, se realizó una segunda consulta a las personas entrevistadas a efectos de contrastar la información obtenida en las entrevistas a la vez que recoger sus aportes y contribuciones a la mejora de la misma. A continuación, se presenta una tabla con los datos sistematizados del proceso de validación:

Prestador	Nombre del/la técnica	Función	Se envió consulta	Respondió	Sugerencias
ASSE	Elbio Riglos	Coordinador Psiquiatra Adultos	si	si	Abordaje integral e interdisciplinario en toda la ruta: puerta de emergencia, internación y seguimiento
ASSE RAP Río Negro	Pablo Gómez	Psicólogo en PNA	si	si	Es un aporte a la tarea diaria
ASSE RAP Río Negro	Laura Svonik	Psicóloga en PNA	si	si	Es un aporte a la tarea diaria.

Prestador	Nombre del/la técnica	Función	Se envió consulta	Respondió	Sugerencias
Amedrin	Delia Bruner	Psicóloga Coordinadora	si	si	Integrar Psicología y Trabajo social desde la internación
Hospital Young	Natalia Aguilar	Licenciada en Enfermería Equipo de Gestión del Hospital de Young	si	si	Contar con consultas de la especialidad en la UE de modo de asegurar los seguimientos. Integración de la especialidad en comité de recepción.
Hospital Fray Bentos	Patricia Venturelli	Médica Psiquiatra encargada Sala Hospitalaria	si	si	Integrar intervención psicosocial previa al ingreso y durante todo el proceso
Amedrin	Patricia Venturelli	Médica Psiquiatra, Coordinadora	si	si	Integrar intervención psicosocial previa al ingreso y durante todo el proceso
Hospital Fray Bentos	Eliana Martínez	Residente Psiquiatría Pediátrica	si	si	Debilidades por traslado a Montevideo, por no contar con la especialidad en sala o en la guardia.
Amedrin	Eliana Martínez	Residente Psiquiatría Pediátrica	si	si	-----
IMRN	Priscila Vidal	Psicóloga	si	si	Integrar al comienzo de la ruta centros educativos para menores de 15 y ámbito laboral para mayores de 15
Hospital Fray Bentos	Martha Etchebarren	Licenciada en Enfermería SM	si	si	-----
IMRN	Víctor Timote	Psicólogo	si	si	-----
IMRN	Alejandra Conde	Psicóloga	si	si	-----
ASSE	Gonzalo Rodríguez Blanco		si		

Prestador	Nombre del/la técnica	Función	Se envió consulta	Respondió	Sugerencias
ASSE RAP Río Negro	Ana Laura Cuadrado	Médica, Directora de la RAP Río Negro	si	si	-----
IMRN	Patricia Amarillo	Dirección de Políticas Sociales	si		
CAMY	Milena Vignolo	Médica, Dirección técnica.	si	si	La ruta mejoraría de contar con más recursos humanos

Una vez completada la revisión por parte de las personas involucradas e informantes calificados, se coordinó una reunión de trabajo con la Dirección Departamental de Salud de modo de presentar el proceso de construcción de la ruta departamental de atención al IAE y la conducta suicida.

Así mismo se abordaron las recomendaciones en el formato que se presenta a continuación; cinco dimensiones con problemas identificados y propuestas o recomendaciones para su abordaje integrando a todos los prestadores.

En dicho intercambio se explicita que la Dirección Departamental de Salud podrá contar con el presente informe. Se cierra la instancia acordando acerca de la disposición del equipo consultor para aportar en futuras acciones que devengan del mismo, en tanto potencialmente constituye una herramienta de rectoría.

Aportes para el fortalecimiento de la respuesta asistencial a la conducta suicida y los intentos de autoeliminación en Río Negro

A continuación, se plantean una serie de aportes con la finalidad de brindar insumos que habiliten a rediseñar, reordenar y crear estrategias, insumos y herramientas para la respuesta asistencial de la conducta suicida y los intentos de autoeliminación en el Departamento de Río Negro desde una perspectiva integral e integrada de los prestadores.

Los aportes se ordenan por categorías según los hallazgos que las entrevistas han aportado en el transcurso de la primera etapa de la presente consultoría e integran las opiniones y sugerencias realizadas por las y los entrevistados en el proceso de revisión de los flujogramas³ y las rutas narradas.

Asistencial

1.1. Problema

- Unidades asistenciales, públicas o privadas sin psiquiatría (adultos o pediátrica) para valorar presencialmente en las puertas de emergencia los IAE.
- Recaídas y/o reinternaciones por debilidades en la atención y seguimiento ambulatorio.
- Unidades asistenciales públicas con carencias de horas de psiquiatría para atención en salas.
- Falta de camas o salas de SM.

3 - Se presentan en Anexos

- Atención centralizada en Psiquiatría, escasa integración de otras especialidades en el abordaje en sala o para el plan de tratamiento.

1.2. Recomendación

- Redistribución de horas en los niveles de atención con un enfoque de complementación y garantizando la continuidad asistencial.
- Complementación de servicios de salud mental entre subsector público y privado como se ofrece en otras áreas.
- Fortalecimiento de las consultas domiciliarias en el primer nivel de atención como estrategia para el seguimiento IAE y la continuidad asistencial.
- Integración y desarrollo de la telemedicina como una forma más de atención en SM; validación de las experiencias en curso.
- Disponer de salas o espacios de SM.
- Abordajes interdisciplinarios que contribuyan a la consolidación de un modelo integral de atención a la conducta suicida y el suicidio que trascienda el modelo biomédico hegemónico.
- Inclusión de dispositivos grupales u otras modalidades de intervención para las diversas etapas del abordaje asistencial.

2. Registros

2.1. Problema

- Servicios y sistema de registros son heterogéneos en todos los prestadores y niveles de atención.
- Escasa sensibilización a todo el personal interviniente acerca de la importancia del proceso de registro y notificación de IAE como estrategia para la disminución de las muertes por suicidio.
- Falta sensibilizar acerca de la importancia de registrar la conducta suicida, más allá del IAE y el registro digital de intentos.
- No está universalizado el uso de los sistemas de información, principalmente el Sistema de Gestión de Consulta (SGC) entre servicios y técnicos.
- Las notificaciones de seguimientos IAE, llegan a diferentes actores institucionales lo cual dependiendo de las características del prestador puede convertirse en una barrera para el acceso al seguimiento.
- Dentro de los mismos prestadores, los registros no siempre coinciden.
- Se realizan procedimientos de registro innecesarios o duplicados por las fallas detectadas.
- Los registros de admisión y las notificaciones que reciben no siempre coinciden.

2.2. Recomendación

- Redireccionamiento de la notificación del MSP al sector o figura más indicada para el efectivo seguimiento. Analizar según las características del servicio; en el caso de prestadores privados corresponderá a las direcciones técnicas, en el caso de los prestadores público corresponderá a quien cuente con las herramientas más eficientes para ello. En el caso de ASSE, se sugiere incorporar a la RAP como una estructura imprescindible para llevar a cabo el seguimiento en el marco de un Plan integrado entre niveles.
- Expandir e implementar para todo el departamento y los distintos prestadores el modelo de sistematización y evaluación de los seguimientos IAE que desarrolla el equipo de Salud Mental del Hospital Fray Bentos.
- Basado en los resultados que arroje el estudio y evaluación mencionado en el punto anterior identificar el servicio más adecuado para realizar la gestión del seguimiento del IAE como parte del proceso de reporte y notificación.
- Universalización del uso de los sistemas de información en todos los niveles de atención.
- Sistematizar el registro de la conducta suicida en la historia clínica electrónica (HCE) más allá e independientemente del registro digital actual (IAE)
- Propuesta piloto: Desarrollo de un plan departamental de seguimiento integrado del IAE e instrumentación del registro directo de IAE desde HCE.

3. Acceso a la información

3.1. Problema

- Subutilización del registro de la demanda en espera como herramienta clínica y de resolutivez.
- Equipos de gestión con escaso acceso a la información para efectuar acciones de prevención, abordaje, seguimiento y posvención.
- Registros de información y datos clínicos de baja calidad para la toma de decisiones de gestión clínica y asegurar la continuidad asistencial.
- Falta información sobre las características de los IAE en el Departamento.

3.2. Recomendación

- Análisis de la demanda en espera como indicador de resolutivez asistencial.
- Mejorar el acceso a la información.
- Mejorar el registro de la información

- Georreferenciar los intentos, a efectos de documentar y analizar la incidencia de los medios más usados para el suicidio en el Departamento.
- Propuesta Piloto: registrar métodos para conducta suicida e IAE e implementar la autopsia psicológica para los suicidios.

4. Complementación entre prestadores

4.1. Problema

- Problemas de cobertura departamental para atención con especialistas.
- Falta de visualización de las potencialidades de la telemedicina, así como de las prácticas de telemedicina que ya se implementan.
- Aumento de internaciones innecesarias o prolongadas por falta de valoración y seguimiento de la especialidad Psiquiatría durante la internación.
- Escasa articulación entre niveles, crítica o ruptura, persisten características del modelo de “Centro materno infantil” en la RAP Río Negro.

4.2. Recomendación

- Desarrollar convenios de complementación de servicios entre públicos y privados en salud mental.
- Expandir el uso del consultorio de telemedicina en salud mental.
- Incrementar la presencia de la UdelaR en el territorio a través de Unidades Docente Asistenciales Interdisciplinarias e interservicios, así como Programa de Practicantes y Residentes de Psicología.
- Reuniones sistemáticas, continuas y planificadas entre los niveles de atención en particular en el área de salud mental.
- Propuesta piloto: analizar los atributos del primer nivel de atención en el Departamento a través de la herramienta “Primary Care Assessment Tool” (PCAT), con enfoque en salud mental.

5. Resolutividad

5.1. Problema

- Desigual sistematicidad en la priorización asistencial de los IAES.
- En la especialidad de psiquiatría, tanto en NNyA como en adultos, la continuidad asistencial en la pre-internación, internación y alta está sujeta a la gestión de la persona y la calidad de los registros en los sistemas de información. En tanto el o la profesional son distintos y no existen espacios de coordinación instituidos se resiente la calidad del seguimiento.
- Exclusión de otras especialidades al abordaje del IAE o dependencia de la derivación.

5.2. Recomendación

- Jerarquizar la figura de Referente IAE, así como la referencia y abordaje integral e interdisciplinario al IAE.
- Extensión de la figura de Referente IAE a todos los servicios.
- Pasaje de la figura de Referente de IAE hacia Referente de Prevención del Suicidio como una figura central y específica para articulación entre niveles y entre sectores.
- Que dicha referencia incluya la posvención de modo de identificar a supervivientes y vincularlos con los servicios de salud desarrollando una captación intencionada de familiares y allegados afectados por suicidio.
- Profundizar la articulación con grupos como Renacer o SOS Vida para el trabajo con familiares de personas que murieron por suicidio.
- Instrumentar espacios de articulación y coordinación entre profesionales psiquiatras que participan del continuum asistencial del IAE.
- Incorporar a las diversas especialidades en cada etapa del continuum asistencial del IAE y de los espacios de articulación y coordinación.
- Fomentar la participación social a través de los Consejos Consultivos como herramienta de colaboración con la resolutividad en el departamento, así como para la interlocución con otros espacios de participación y articulación territorial.

Se incluyen a continuación, la interfaz del Sistema Central de Autenticación del MSP y Sistema de Registros IAE.

Pantalla 1

 msp.gub.uy
https://apps.msp.gub.uy › rcor

Sistema Central de Autenticación - MSP ✓

SISTEMA CENTRAL DE AUTENTICACIÓN. Usuario y contraseña; SMS; Uruguay ID. Usuario:
Contraseña: ¡La tecla BLOQ MAYÚS está activada! Olvide mi contraseña.

SISTEMA CENTRAL DE AUTENTICACIÓN

 Usuario y contraseña

 SMS

 Uruguay ID

Usuario:

Contraseña:

[Olvide mi contraseña](#)

INICIAR SESIÓN

Pantalla 2

 Ministerio de Salud Pública | Acceso a Sistemas

Bienvenido al Registro Corporativo del Ministerio de Salud Pública

[Inicio](#) > [Acceso a sistemas](#)

Sistema de Registro de IAE

Pantalla 3

 Ministerio de Salud Pública

Registro de intentos de autoeliminación Exportar

ASSE

Sistema de registro de intentos de autoeliminación

Pantalla 4

 Ministerio de Salud Pública

Registro de intentos de autoeliminación Exportar

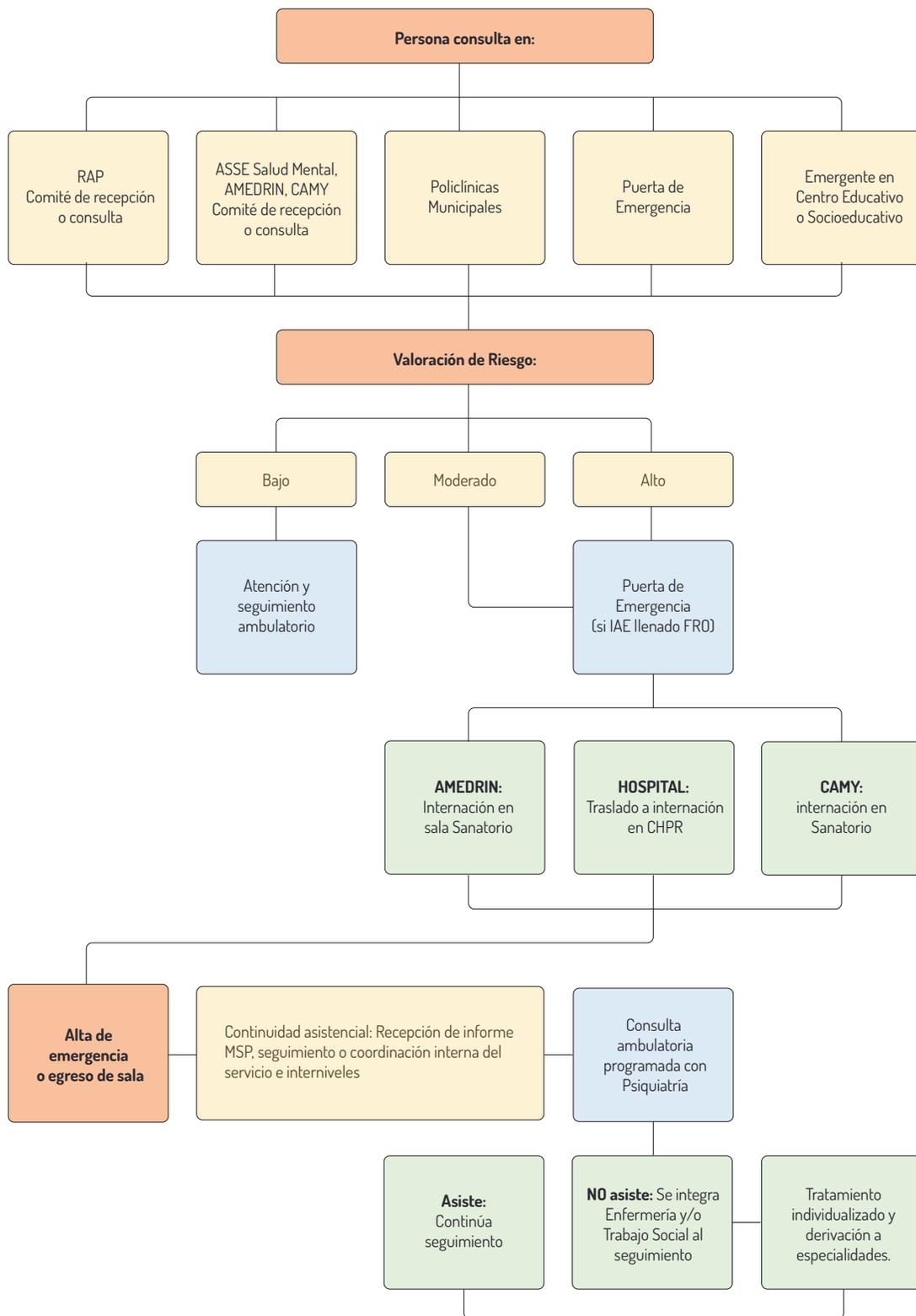
ASSE

Exportar registro

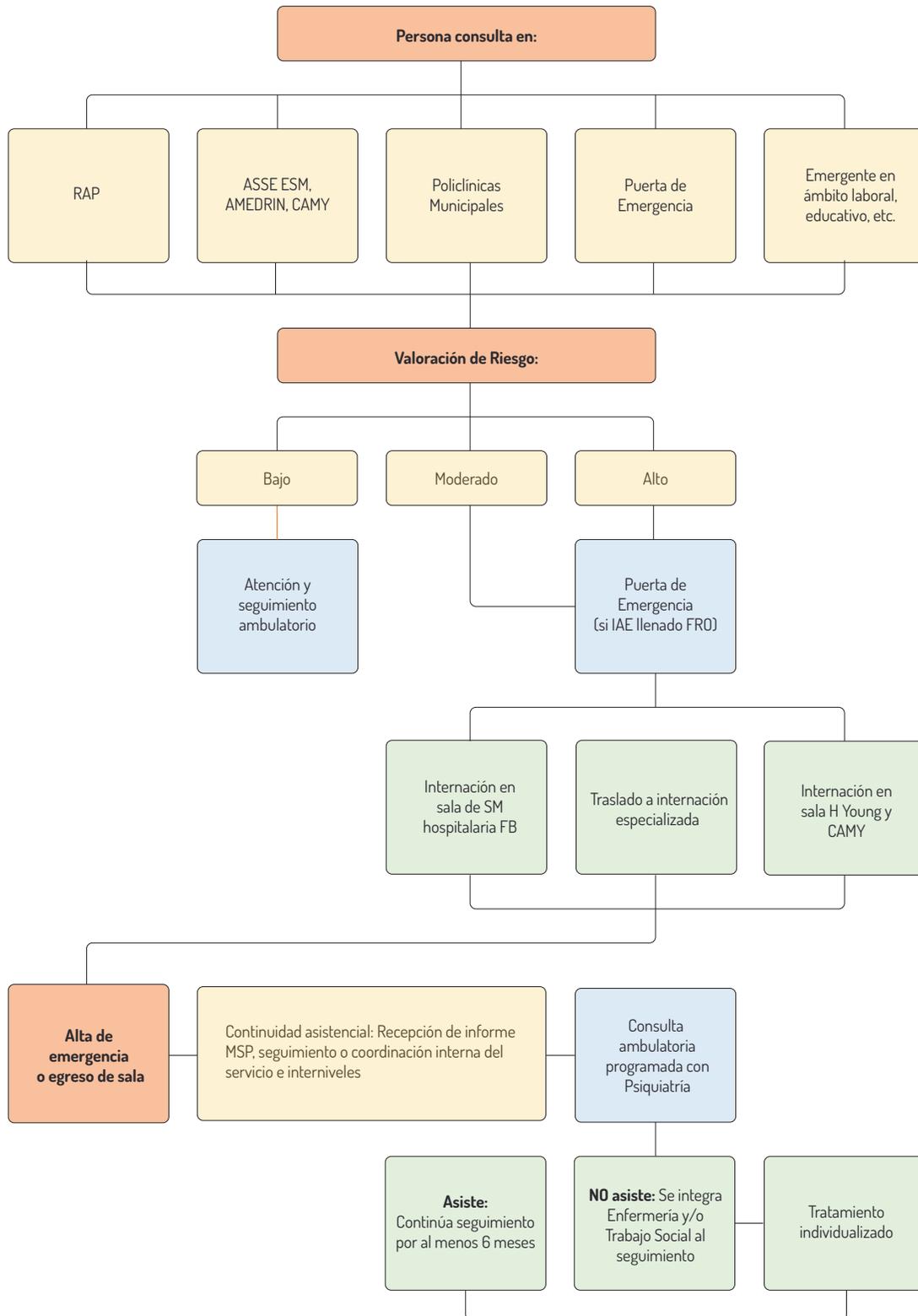
Fecha Intento desde // hasta

Institución ASSE Establecimiento Todos

Ruta asistencial de abordaje a la conducta suicida personas menores de 15 años en el Departamento de Río Negro



Ruta asistencial de abordaje a la conducta suicida personas mayores de 15 años en el Departamento de Río Negro



Anexo 2: Apoyo al Plan Conjunto de Salud Mental de Rio Negro

Evaluación de factibilidad y recomendaciones

Consultora externa para OPS: Dra. Sandra Romano Fuzul

Presentación del informe

El proceso de consultoría se coordinó con el equipo de CENUR y el equipo de la Coordinadora de Psicólogos, mediante reuniones semanales por plataforma Zoom, reuniones y actividades conjuntas en cada una de las visitas realizadas al departamento de Rio Negro. El intercambio de materiales de referencia, informes y documentos aportó a la armonización de las propuestas. Se revisó documentación de información general publicada y documentos aportados por los actores locales. Se entrevistó a informantes calificados de la comunidad, del sector salud y social. Se visitaron los dispositivos que se describen en el diagnóstico de situación.

En el presente informe se resume los aportes al diagnóstico de situación, la información y marco para el análisis de factibilidad de implementación de Unidad de Corta Estadía, Casa de Medio Camino y Centro de rehabilitación y lecciones aprendidas a considerar en el proceso de implementación.

Actualización de información y aporte al diagnóstico de situación de la atención de la salud mental en el departamento de Rio Negro:

La revisión de documentos y las entrevistas permitió actualizar la información relevada en los proyectos realizados entre 2016 y 2020^{4 5} respecto a la situación de la atención en salud mental a la población usuaria de ASSE y se complementó con el relevamiento de información de los prestadores privados, AMEDRIN y CAMY. Considerando el marco conceptual de la consultoría se consideró pertinente relevar información general de población y territorio, la situación de otros dispositivos comunitarios y la opinión de agentes comunitarios vinculados a la gestión de dispositivos.

4 - Inclusión Social de personas con TMG: Construyendo desarrollos participativos de redes en Uruguay. Proyecto CSIC Inclusión Social Modalidad 1- financiado en el 2016. Responsables Dra. Sandra Romano Fuzul (Fac. Medicina) y el Soc. Pablo Hein (Fac. Ciencias Sociales)

5 - Revista de Psiquiatría del Uruguay | Volumen 84 N° 1 Setiembre 2020 | Proceso asistencial integrado ansiedad depresión (pai-ad) S. Romano, A. Moreira, G. López, G. Novoa, M. Álvarez|página 49.

Datos generales del departamento⁶

El diagnóstico de situación realizado por el equipo de CENUR detalla las características demográficas y socioeconómicas de la población, así como los principales datos territoriales y productivos. En este informe se incluye únicamente la información que se emplea posteriormente para evaluar las necesidades y factibilidad de implementación de nuevos dispositivos.

La información relevada incluye población general en territorio, recursos de salud y servicios de los prestadores en las ciudades.

La población total del departamento de acuerdo al contador de la Intendencia Municipal de Río Negro en octubre 2023 era de 58430 habitantes con gran concentración urbana, en zona rural residen 8518 hab.

Cobertura de atención a la salud de la población según territorio

La tabla resume la información sobre la cobertura de atención de la salud de la población del Departamento de Río Negro según los datos aportados por el Anuario Estadístico 2023 del INE.

Tabla 1: *Distribución de la población según sexo y cobertura de salud*

R. Negro	Total	IAMC	ASSE	Sanidad Policial	Sanidad Militar	Seguro Privado
Población general	63.221	20.847	38.094	2.054	1.747	479
Hombre	31.096	9.812	19.278	1.063	705	238
Mujer	32.125	11.035	18.816	991	1.042	241

En el Departamento tienen capacidad instalada en territorio la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); dos instituciones integrantes de la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI): Asistencial Médica de Río Negro (AMEDRIN IAMPP) y Centro de Asistencia Médica de Young (CAMY IAMPP). Dos instituciones con sede central en Montevideo tienen sede secundaria en el departamento: MUCAM en Fray Bentos y Hospital Evangélico en Young.

6 - Se relevaron datos de registros administrativos, páginas oficiales y entrevistas que se detallan en el anexo 1, [Enlace 1](#) y [Enlace 2](#)

Figura 1: Distribución territorial de los principales prestadores de servicios de salud en el departamento de Rio Negro

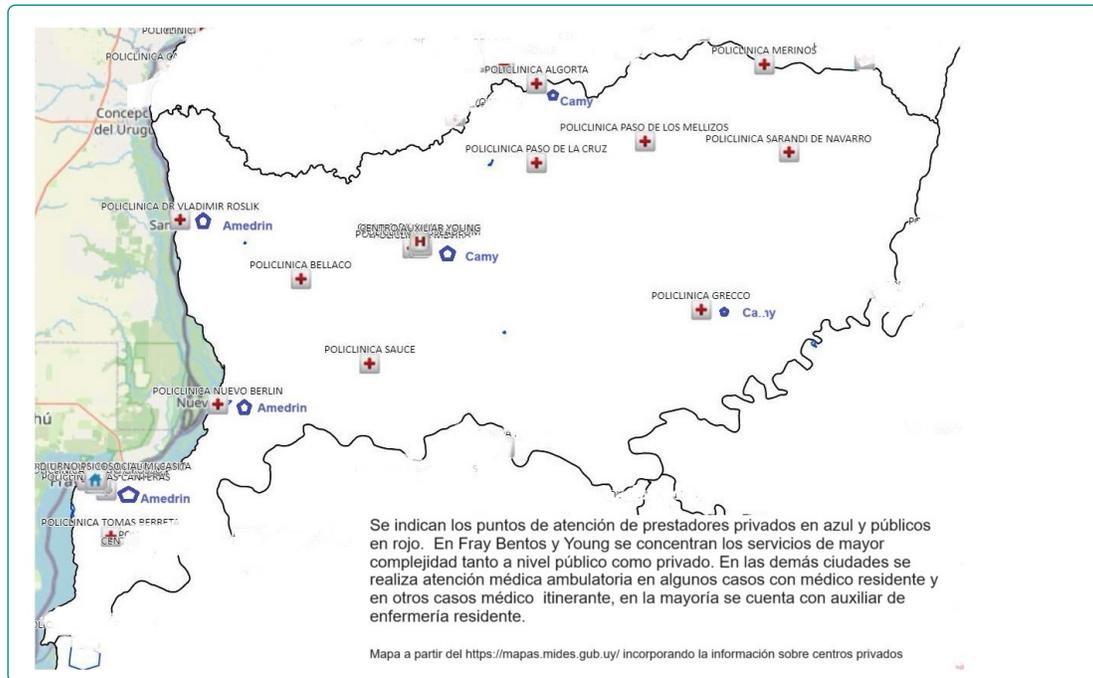


Tabla 2: Distribución de población según ciudad, presencia de médico y enfermería en la ciudad.

Ciudad	Población	Prestador de Salud	Médico residente	Enfermería residente
Young	17550	ASSE-CAMY	Si	Si
Nuevo Berlin	2450	ASSE-AMEDRIN	Si	Si
San Javier	1781	ASSE-AMEDRIN	Si	Si
Fray Bentos	24406	ASSE-AMEDRIN	Si	Si
Grecco	598	ASSE-CAMY	Si	Si
Algorta	770	ASSE-CAMY	Si	Si

En Pueblo Algorta y Grecco Camy tiene población usuaria cuya atención se realiza a través de un convenio de complementación con ASSE.⁷

Tabla 3: Población total por prestador de salud y sexo

Sexo	AMEDRIN	CAMY	ASSE	Total
Masc	5.116	4.291	18.963	28.370
Fem	5.055	3.529	19.438	28.022
Total	10.171	7.820	38.401	56.392

Tabla 4: Población de 15 años y más por prestador de salud y sexo

Sexo	AMEDRIN	CAMY	ASSE	Total
Masc	3.922	3.557	15.207	22.686
Fem	4.003	2.796	16.044	22.843
Total	7.925	6.353	31.251	45.529

Respecto a la distribución de profesionales en los diferentes territorios se obtuvieron datos parciales que se presentan en las tablas.

Tabla 5: Los profesionales de la salud registrados en la CJPP en el departamento.

Médicos	Odontólogos	Químicos farmacéuticos	Parteras	Enfermeros	Psicólogos	Otros (1)
118	33	19	29	66	61	98

Fuente: Caja de Jubilaciones y Pensiones Universitarias (CJPP) en Anuario estadístico nacional 2023 - INE

No todos los profesionales de la salud que residen en el departamento trabajan en las instituciones del SNIS.

7 - Información brindada por la DT de CAMY

Estructura y Organización de la atención especializada en salud mental en el departamento

La atención especializada en Salud Mental se concentra en las ciudades de Fray Bentos y Young.

En Fray Bentos hay atención ambulatoria en policlínica en modalidad de atención individual de Psiquiatría, Psiquiatría pediátrica y Psicología. Comité de Recepción para psicoterapia en ambos prestadores, se brinda acceso a las prestaciones establecidas en el plan de 2011⁸ en modo 1 y 2 pero únicamente las individuales, actualmente no están funcionando grupos salvo en el programa de adicciones de AMEDRIN.

Fray Bentos

Dispositivos existentes

Los dos prestadores cuentan con sede central que concentra todas las especialidades incluyendo salud mental y psiquiatría. ASSE tiene la Red de Atención Primaria que en Fray Bentos tiene un Centro de Salud y 5 policlínicas, pero la atención de SM se concentra en la sede central y en el Centro de Salud.

Atención en el Servicio de Emergencia

ASSE / Guardia de retén de cobertura de 8:00 a 22:00, de lunes a jueves cubierta por psiquiatra residente en Fray Bentos, fines de semana cobertura de retén o telefónica por psiquiatra itinerante. AMEDRIN / Guardia de retén de 8:00 a 20:00 de lunes a viernes.

Internación

En el Hospital departamental de ASSE hay una Sala de internación especializada, que cuenta con 5 camas de hombres, 5 camas de mujeres y 1 cama de seguridad, con atención de enfermería 24 horas, vigilancia 24 horas, atención por psiquiatría, psicología y trabajo social de lunes a viernes. En el fin de semana brinda cobertura la guardia de retén de emergencia. Los talleristas del centro de rehabilitación realizan uno o dos talleres semanales en la sala.

La planta física incluye dormitorios con baño un espacio comedor y estar, con acceso al espacio exterior. Enfermería con vigilancia por cámara.

8 - Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (Agosto, 2011)

En el caso de AMEDRIN la internación se realiza en sala general o según el cuadro clínico se deriva al paciente a Montevideo o a Colonia a una clínica psiquiátrica privada contratada. No hay ECT en ninguno de los prestadores, (hay un solo anestesista). No hay diferenciación de sectores o programas por edad, patología o tiempo de estadía.

Atención de las adicciones en Fray Bentos

Fray Bentos cuenta con un Dispositivo Ciudadela⁹ que funciona en la Dirección Departamental de Salud. Integrado por dos RRHH propios del dispositivo un Trabajador Social y una Psicóloga y horas profesionales aportadas por RRHH de la instituciones: Psicología: 2 horas por semana de la Intendencia Municipal de Río Negro - INAU - AMEDRIN. El Poder Judicial aporta horas de la Trabajadora Social del Juzgado.

El proceso de atención dentro del SNIS es diferente en el prestador privado en el público.

En ASSE la etapa de desintoxicación se realiza en el Hospital, hay seguimiento ambulatorio en forma individual por psiquiatra y para rehabilitación se realiza derivación a Jagüel en el Departamento de Maldonado.

En AMEDRIN funciona un Comité de recepción dos horas semanales realizado por psicóloga y TS. Hay un grupo de usuarios que se reúne 90 minutos por semana y un grupo de familiares de usuarios de drogas que se reúne 90 minutos por semana y atención psiquiátrica individual si lo requiere. En los casos que se indica Rehabilitación esta se realiza en Montevideo en el centro Aconcagua, Amedrin cubre 30 días y luego BPS 60 días más para quienes tienen FONASA.

Centro de Rehabilitación para personas con TMSP

El único Centro de Rehabilitación del departamento está en Fray Bentos y atiende exclusivamente usuarios de ASSE. Funciona en el mismo local que el Centro de Salud de ASSE en el lugar que le cedieron y comparte el local con AA y ALANON, coordinan el cuidado del local, el uso del espacio y los horarios en una reunión mensual entre todos los grupos. La planta física cuenta con dos habitaciones, baño, cocina y acceso a espacio exterior; mobiliario y equipamiento básico para el desarrollo de talleres.

9 - Centro de información, asesoramiento, diagnóstico y derivación en drogas, Puerta de entrada a la Red Nacional de Atención en Drogas (Renadro)

Está gestionado por la Comisión de apoyo al enfermo mental, integrada por familiares de pacientes y personas de la comunidad. Es una Asociación Civil con personería jurídica que integra la Federación Caminantes; apoya al centro en la obtención de ayudas y participa en decisiones sobre el funcionamiento. Tienen fondos para ampliar el local del centro de rehabilitación.

El personal del centro está contratado por ASSE y por el Patronato del Psicópata. Cuenta con 10 horas de Trabajo Social, 4 horas de Psicología y 4 de Practicante de Psicología y dos talleristas con un total de 12 horas. Han solicitado aumentar las horas de talleristas pero no se ha concretado.

Los usuarios son derivados desde el hospital donde están en atención ambulatoria. El centro está comunicado con equipos de los centros de rehabilitación de Paysandú, Mercedes, Colonia, San José y Flores.

Alternativas Residenciales

Hogar la Unión Es un hogar para personas con discapacidad psicosocial, gestionado por una OSC integrada por 12 personas de la comunidad, con personería jurídica, conformada en 2018 como continuidad del Hogar La Pileta. La OSC surgió impulsada por personas vinculadas a la iglesia católica y a la pastoral juvenil y una referente en todo el proceso es una Trabajadora Social de BPS.

Financiamiento interinstitucional: Funciona en una casa de la Intendencia Municipal de Río Negro, declarada patrimonio nacional, los salarios se financian con las pensiones de los residentes, de lunes a sábado reciben la comida de MIDES, reciben donaciones y tienen socios colaboradores. Con la ayuda de bps financian la concurrencia a fisiocenter donde realizan actividades físicas y recreativas.

La casa es amplia con varios dormitorios colectivos, en mal estado de mantenimiento general, equipamiento insuficiente en mal estado y con espacio exterior amplio y accesible que es habitado por la población residente habitualmente.

Personal: siete mujeres contratadas como cuidadoras; una enfermera, y una encargada que gestiona y toma las decisiones referidas a funcionamiento diario, la cual trabaja en el hogar hace 20 años; desde La Pileta. El personal que ingresa no tiene formación específica en cuidados ni en salud mental. Contratos formales con remuneración de salario mínimo, inscritas en bps con acceso a los derechos establecidos legalmente.

Los residentes son usuarios de ASSE. La mayoría sin referentes familiares. Actualmente residen hace al menos diez años, 11 personas de ambos sexos, 6 mujeres 5 hombres, la mayoría con edades

entre 40 y 60 años menos un muchacho que tiene 29 años. Los diagnósticos son trastorno mental severo y persistente o déficit intelectual. La presidente de la OSC es curadora de 7 de los residentes.

La atención de la salud se realiza en el hospital, concurren acompañados por la enfermera. Reciben la medicación en el hogar, la enfermera prepara las monodosis. No hay un plan individualizado de tratamiento desde el equipo de SM.

No hay un proyecto institucional que oriente las actividades diarias, los residentes no participan en las decisiones ni en el funcionamiento de la casa, no hay plan individualizado de actividades ni proyecto de egreso. No tienen apoyo técnico que oriente la organización, el funcionamiento y las relaciones entre usuarios, a nivel del personal y en general.

Hogar de ancianos en Barrio Anglo tiene aproximadamente 40 residentes.

Atención ambulatoria

En ASSE la atención ambulatoria se realiza principalmente en el Hospital y una de las psiquiatras pediátricas tiene su cargo por RAP.

La consulta psicológica también tiene algunos turnos en el Centro de Salud de RAP, en el local del Centro de Rehabilitación Mi Casita. En AMEDRIN se atiende en la sede central.

Tabla 6: *Cupos de atención ambulatoria en ASSE en Fray Bentos*

	Total cupos	Cupos a la vez	Horas
Psiquiatría	92	46	41
Psiquiatría P	26	6	26
Psicología	95	17	109

Tabla 7: Horas semanales contratadas por ASSE para cada disciplina en Fray Bentos

Disciplina	No profesionales	Horas totales	Atención ambulatoria	Sala	Centro rehabilitación	Reunión equipo	Emerg.	Comité recepción
Psiquiatría	4	85	41	20	1	4	retén 8 a 20	
Psiquiatría P	2	26	22					4
Psicología	5	109	70	4	4	10		21
Enfermería	4	144		144				
Lic. Enfermería	1	36						
Trabajo Social	1	24	6	6	10	2		
Administrativa	1	20	20					
Talleristas	2	12			12			
Vigilancia	3	168		168				

(1) La distribución de horas por dispositivo y tarea se estiman en base al informe realizado por la TS Cinthya Gregoria al cierre del su período de coordinación del equipo ajustado a partir de las entrevistas realizadas.

Tabla 8: Horas semanales contratadas por AMEDRIN para cada disciplina

Disciplina	No profesionales	Horas totales	Atenc. ambulatoria	Emerg.	Comité recepción
Psiquiatría	2	13	9	Retén 8 a 20	3
Psiquiatría P	1	6			3
Psicología	10	120			
Trabajo Social	1	Según demanda			

Tabla 9: Total de cupos de atención ambulatoria en AMEDRIN

Disciplina	Total Cupos	Comite recepción
Psiquiatria	36	3
Psiquiatria P	9	9

En AMEDRIN además de los programas obligatorios por PIAS se desarrolla un plan de psico-profilaxis para embarazadas y un programa de atención a adicciones. Participan en el dispositivo ciudadela y funciona un Comité de recepción específico que coordinado por una psicóloga y TS que evalúan ingreso a los grupos de usuarios y familiares.

Para rehabilitación contratan un servicio en Montevideo, cubriendo 30 días y luego quienes son usuarios FONASA tienen cobertura dos meses más por BPS. Los RRHH mencionados en su mayoría residen en Fray Bentos, salvo los psiquiatras, de los 5 psiquiatras que trabajan en la ciudad solo una reside, los demás son itinerantes.

Young

En ambos prestadores se brinda atención ambulatoria, realizada mayoritariamente por profesionales itinerantes. Del personal que trabaja en los servicios residen en Young una Psiquiatra Pediátrica y una Psicóloga. Concurren semanalmente un psiquiatra de Paysandú 6 horas por semana que se distribuyen entre ambos prestadores y 2 médicos en formación en psiquiatría avanzados que cumplen 6 horas de atención ambulatoria en ASSE.

Tabla 10: Horas semanales de profesionales de salud mental contratadas por CAMY

Disciplina	No profesionales	Horas totales	Atención ambulatoria	Comité recepción
Psiquiatría	1	4	4	1
Psiquiatria P	1	6	5	1
Psicología	2			2

Fuente: Dirección Técnica CAMY y entrevista a los profesionales

Tabla 11: Horas semanales de profesionales de salud mental contratadas por ASSE en Young (información parcial)

Disciplina	No profesionales	Horas totales	Atención ambulatoria	Comité recepción
Psiquiatría	1	4	4	1
Psiquiatría P	1	6	5	1
Psicología	2			2
Trabajo Social				1

Fuente: Entrevista a los profesionales

Young no cuenta con centro de rehabilitación ni alternativas residenciales.

Aporte al análisis de factibilidad de implementar estructuras alternativas en el Dpto de Rio Negro: Unidad de Corta Estadía Hospitalaria, Casa de Medio Camino, Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial.

Se evaluaron componentes de estructura y organización y parcialmente la brecha en la demanda de atención.

Demanda de atención en salud mental a nivel departamental y nivel de respuesta a la misma:

La información cuantitativa existente es parcial y no permite estimar la demanda insatisfecha en número de personas o número de consultas. Se realizaron entrevistas individuales, grupales y reuniones de trabajo con autoridades y personal de los niveles operativos del sector salud; operadores de otros sectores y poblaciones usuarias que aportaron la percepción en referencia a la situación actual y a las necesidades.

Respecto a la respuesta del sector salud a la atención de la salud mental de la población se toma como referencia dos tipos de situaciones, 1) problemas de salud mental comunes de alta prevalencia, que pueden ser resueltos en el primer nivel de atención en forma exclusiva o en cooperación con el equipo de salud mental 2) Problemas que requieren desde el inicio la intervención de especialistas en Salud Mental, incluyendo personas con trastornos mentales persistentes que

requieren la atención integral por el equipo multidisciplinario para transitar un proceso de recuperación orientado a la inclusión social.

Estas dos poblaciones no son grupos estables y diferenciados en todas las etapas. En ambas poblaciones, el abordaje desde el modelo de salud mental comunitaria jerarquiza la cooperación entre el primer nivel de atención y el equipo y/o los profesionales especializados en SM.

Información cualitativa

Los actores del sector evalúan que el primer nivel se ve desbordado por los temas de salud mental y con un nivel de resolución insuficiente para la demanda. Identifican como limitante la necesidad de profundizar la formación en salud mental.

Del intercambio se identifica dos aspectos que pueden funcionar como obstáculos:

- El modelo de salud mental comunitaria no es la referencia predominante. La consulta médica individual y la intervención especializada persiste como abordaje de referencia adecuado en cualquier situación de sufrimiento psíquico, tanto en el imaginario de la población como en la referencia de una parte mayoritaria de los profesionales.
- El estigma asociado los problemas de salud mental se hace presente en actitud y opiniones de parte del personal de algunos dispositivos del primer nivel. Esto se expresa en relatos que mencionan la presencia de personas con trastornos mentales como factor que afecta negativamente el funcionamiento del servicio y la atención de los demás pacientes.

En las dos ciudades con presencia de profesionales de salud mental se considera que el número es insuficiente, especialmente en Young.

La actual extensión de servicios en territorios posibilitaría mejorar la atención fortaleciendo la capacidad de respuesta con capacitación específica a los equipos del primer nivel y continuidad en el apoyo desde el nivel especializado. La modalidad de apoyo puede variar, la referencia que se cita con mayor frecuencia es la interconsulta o la teleconsulta, pero también se valoran como buenas experiencias instancias colectivas a las que han accedido puntualmente: ateneos virtuales, reuniones intersectoriales sobre situaciones problemas, Teleclínicas ECHO.

Hay interés en los operadores del primer nivel en realizar formación en temas de salud mental y disposición de las autoridades de apoyar que la formación se realice en horas de trabajo.

Como corolario del modelo que da prioridad a la consulta especializada, se identifica una sobrecarga de la consulta de los psiquiatras y en menor medida de los psicólogos.

La población con trastornos mentales graves tiene dificultades de acceso a la continuidad de la atención en parte por esta sobrecarga y por no estar consolidado un trabajo en red entre los diferentes ámbitos de atención.

Información cuantitativa

La información se limita a las situaciones que requieren internación.

En ASSE en Río Negro¹⁰ los egresos de internación psiquiátrica de cuidados moderados en el primer semestre de 2023 fueron de 5,5/mil afiliados¹¹ con un promedio de afiliados de 38.146, lo que implica 209 egresos en el primer semestre 2023 con un promedio de estadía de 10,6 días. Esto implica un aumento importante respecto a los años anteriores como se identifica en la tabla.

Tabla 12: Número de egresos de cuidados moderados de psiquiatría por mil afiliados en ASSE en el Departamento de Río Negro

Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Egresos/mil afiliados	3,9	3,7	3,3	3,9	3,5	3,2	3,5	3,8	4,1	9,1
Promedio afiliados	36170	36801	37000	37444	37328	38324	38833	38567	38966	39196
Número total egresos	141	136	122	146	130	122	135	146	159	356
Promedio estadía	15,5	14,	11,8	14,5	14,1	14,8	13,5	10,5	9,3	9,1

Fuente: SINADI – MSP

Actualmente en la sala coexisten situaciones muy diversas, pacientes de larga estadía (en un caso llega a 11 años) mediana estadía y situaciones que egresan en menos de una semana.

10 - En el informe de SINADI no se explicita si los datos corresponden al Hospital de Fray Bentos o incluyen las internaciones en Young.

11 - **Fuente:** SINADI – MSP

En AMEDRIN los pacientes que han requerido internación en igual periodo de 2023 fue de 24 pacientes, (12 IAE, 3 Descompensación de Psicosis 3 Adicciones 6 Otros). La mayoría en la sede de la institución, se trasladan los tienen trastornos conductuales graves o los que requieren ECT, en ese período fueron menos del 20%.

En CAMY el Número de internaciones psiquiátricas realizadas en el sanatorio de la institución en 2022 fueron 17 y en 2023 hasta octubre: 34. No se realizaron traslados para internaciones en otros departamentos.

Necesidad de transformación del sistema departamental de salud en cuanto a su estructura y organización:

Este punto toma únicamente los aspectos estrictamente vinculados a la población de trastornos mentales graves y la necesidad de desarrollar una red de estructuras que permita un proceso de atención integral orientado a la inclusión social.

En las condiciones actuales se asegura la atención del momento agudo en emergencia e internación si es necesaria y una atención ambulatoria centrada fundamentalmente en la atención médica psiquiátrica. Considerando la baja densidad poblacional del departamento, de las ciudades de Fray Bentos y de Young se identifica la necesidad de complementación entre prestadores públicos y privados y un enfoque regional para el desarrollo de la red de dispositivos; no se justifica duplicar los dispositivos.

La estimación del número de recursos humanos debe considerar los ámbitos de atención, la forma de organización; en particular el trabajo en equipo o exclusivamente en forma individual; las responsabilidades y funciones definidas para cada profesional.

El eje de este documento es el desarrollo de estructuras alternativas pero no es posible considerarlo en forma aislada. En el proceso de atención el rol de la atención ambulatoria, en equipo, es el principal recurso, articulando las acciones del equipo del primer nivel de atención, ubicado en cercanía, con el equipo de salud mental o los profesionales de salud mental cuando no existe un equipo. Las estructuras alternativas tienen el potencial de mejorar la respuesta a las situaciones de mayor complejidad y evolución más prolongada, en la medida que se pueda asegurar la continuidad de la atención al egreso, articulando durante el proceso.

En inicio se plantea la transformación de las estructuras existentes para luego considerar la eventual implementación de nuevas estructuras.

La dotación actual de recursos puede aumentar su eficiencia con la reorganización de la atención definiendo competencias y funciones de cada equipo y profesional en cada ámbito de atención.

Es imprescindible el fortalecimiento del trabajo conjunto entre el primer nivel y el nivel especializado, en la forma más adecuada a la realidad local. El propósito es mejorar el acceso de la población general a la respuesta efectiva, en cercanía, a las demandas de alta prevalencia; y aumentar la posibilidad de acceso de personas con trastornos mentales a la atención de los equipos especializado en coordinación con el equipo de cercanía.

Unidad de Corta Estadía Hospitalaria.

Las consideraciones se realizan a partir del relevamiento de situación actual y la estimación de necesidades de acuerdo a las orientaciones de los documentos de referencia.

En Fray Bentos la sala de internación del hospital es una base posible para el desarrollo de una Unidad de Corta Estadía que pudiera dar respuesta a las necesidades de internación de la población de la ciudad y su zona de referencia tanto de usuarios de ASSE como de AMEDRIN, manteniendo el número de camas actuales pero reorganizando la forma de trabajo por programas específicos. Dicho proceso debería hacerse con el equipo de la sala como parte del proceso de transformación.

El primer paso sería la formación de un equipo multidisciplinario de acuerdo a las pautas, con base en el equipo actual pero integrando otros recursos como mayor carga horaria de psicología, terapeuta ocupacional y acompañantes terapéuticos como enlace hacia los otros dispositivos.

De acuerdo a referencias internacionales se estima las necesidades de plazas de internación de corta estadía en 1,5 cada 10.000 habitantes de 19 años y mas y 1 cada 4000 de habitantes entre 15 y 19 años y las plazas de mediana estadía en 1 cada 10.000 habitantes. Las características del departamento en cuanto a densidad poblacional y recursos actuales llevan a plantear que en la unidad de hospitalización se integren camas de corta y mediana estadía, con estrategias específicas. En la medida que se consolidara una red de dispositivos se puede planificar una disminución de las 11 camas actuales.

Previo al proceso en la sala es imprescindible la construcción de un acuerdo interinstitucional que sustente el proyecto donde se especifiquen responsabilidades y productos del trabajo en común.

Una fortaleza en este sentido es que parte del personal es compartido entre los dos prestadores, un posible obstáculo son los antecedentes de experiencias previas que se discontinuaron. Considero que pueden integrarse como aprendizaje para considerar en el acuerdo los obstáculos surgidos y ver las alternativas.

En el caso de Young el número de hospitalizaciones requeridas tanto a nivel de ASSE como de CAMY es bajo, entre 2 y tres plazas serían suficientes para responder a las necesidades de la población de la ciudad y su zona de influencia. La experiencia realizada de hospitalización en el sanatorio y en ASSE es un capital a considerar. El acuerdo de complementación ASSE – CAMY permitiría avanzar en una mejor organización de la respuesta. La alternativa factible es la adecuación de un espacio específico en la sede de uno de los prestadores, dentro del servicio general; y la definición explícita de competencia y responsabilidad del personal designado para atender esta población. Un requisito es profundizar la capacitación y el apoyo al personal de dicha área.

Un componente relevante del proceso de transformación es el fortalecimiento de los equipos con incorporación de perfiles profesionales y adecuación de las cargas horarias de forma que permitan trabajar con un enfoque de recuperación. Capacitación de los rrhh que se incorporen junto al personal existente, en el modelo de recuperación, estrategias de rehabilitación, abordajes desde una perspectiva de derechos humanos con proceso de atención orientado a la inclusión social, incluyendo el trabajo con la población usuaria, sus familiares y referentes.

Aportes técnicos a la planificación e implementación de casa de medio camino y centro de rehabilitación si resultaran factibles.

La implementación de una casa de medio camino es necesaria pero no se visualiza como posible en el corto plazo. Puede planificarse en una segunda etapa como resultado de la transformación de los dispositivos existentes. En la situación actual la apertura de una estructura residencial podría desbordarse rápidamente si no está asegurado el proceso de atención en sus diferentes componentes. El riesgo es que derive en una residencia de larga estadía y pierda su propósito de recuperación e inclusión social.

En esta etapa considero necesario mejorar el hogar la Unión y fortalecer la red intersectorial para avanzar en un programa de vivienda protegida que favorezca el tránsito de esta población de lo sanitario a lo social.

Una fortaleza a destacar es la existencia del Centro de Rehabilitación si bien es necesario avanzar en el desarrollo de un proyecto institucional y la consolidación de un equipo interdisciplinario que lo conduzca en colaboración con la asociación civil diferenciando roles, competencias y responsabilidades. El equipo debería integrar otros perfiles profesionales: terapeutas ocupacionales, educadores sociales. Elaborar un proyecto orientado a la progresión en la autonomía y la inclusión social, con una perspectiva de recuperación, no necesariamente ligado a la productividad de las actividades en términos materiales.

La posibilidad de desarrollo de un programa de inclusión laboral puede ser emergente del proceso de transformación del centro, para quienes transiten el proceso de recuperación. El modelo de trabajo puede verse fortalecido de ampliar los espacios de actividad en la red intersectorial, aprovechando proyectos consolidados en diferentes áreas, espacios culturales, espacios de socialización, actividades deportivas y recreación, entre otros.

Una posibilidad para la capacitación y para el fortalecimiento del diseño e implementación del proyecto es el acuerdo con equipos de otros departamentos e instituciones con proyectos consolidados con buenos resultados.

Lecciones aprendidas en el proceso de apoyo técnico.

Accesibilidad y cooperación

El departamento de Río Negro presenta una situación con características comunes con algunos departamentos de la región norte y otras compartidas con los departamentos del litoral oeste. Las rutas de comunicación establecen una funcionalidad dividida en la cobertura de salud. El norte del departamento tiene la conectividad facilitada con Paysandú lo que condujo a la cooperación de recursos de ambos departamentos para la atención de la salud mental de la población en Young y zona de influencia, territorio con menor densidad de recursos profesionales que el sur. La zona sur es territorio de influencia de Fray Bentos, tiene mayor número de rrhh residentes y desde allí se cubre la atención de sm, en cooperación con recursos de Soriano.

La disposición de las autoridades y actores locales a la cooperación posibilita esta forma de trabajo. Parte de esta cooperación no está formalizada y se sostiene a partir de personas dispuestas y vínculos creados entre los operadores. La formalización de acuerdos de cooperación con definiciones claras de competencias, responsabilidades funcionales y financieras podría fortalecer la estructura y sostener los procesos en continuidad.

Información

La información sobre recursos humanos trabajando en los servicios de salud mental o atendiendo temas de salud mental en el departamento se ve dificultada por esta situación. No hay registros detallados accesibles y la estimación de horas efectivamente invertidas por cada disciplina en el territorio se estima a partir de testimonios personales de los operadores de territorio. De acuerdo a dicha estimación las horas de atención especializada destinada a la población podría ser

suficiente si se definieran con mayor precisión las funciones y competencias de cada disciplina y cada nivel y se establecieran procesos asistenciales con claridad en las trayectorias de atención.

Entre los operadores en territorio y las autoridades hay consenso en que la red de atención primaria debe jugar un rol relevante en la respuesta a la demanda de la población en materia de salud mental. Para esto plantean la necesidad de mejorar la formación de médicos y enfermeras en los puestos de atención alejados de los centros de mayor complejidad.

Formación y organización

A la vez se constata poco aprovechamiento de los recursos de formación disponibles. Esto lleva a plantear que la estrategia de trabajo debe tener un eje en asegurar la accesibilidad a los recursos de formación, por ejemplo destinando horas de formación obligatorias y remuneradas dentro del horario de trabajo, Difusión e información suficiente y oportuna. Trabajar en la motivación de los profesionales respecto a su desarrollo profesional.

Este aspecto requiere que la agenda de actividades de formación y participación esté coordinada entre los distintos actores respetando las necesidades, oportunidades y agendas del territorio. Evitar la superposición de actividades es imprescindible para que las mismas cuenten con participación y puedan generar procesos de crecimiento apropiados.

Existen varios espacios de coordinación interinstitucional que pueden ser empleados para optimizar la planificación de las agendas de formación.

Epidemiología

La información disponible sobre la salud mental de la población es incompleta y fragmentada, centrada en los temas señalados como prioritarios como conductas suicidas y adicciones, relevado a través de registros administrativos y de encuestas nacionales.

No se cuenta con datos de calidad respecto al perfil epidemiológico en salud mental de la población asistida en los servicios, ni en el sector público ni en el sector privado. La información disponible sobre población general es escasa y no está sistematizada.

En las reuniones de trabajo con autoridades departamentales y de las instituciones surge el interés compartido de subsanar este aspecto y se plantea la posibilidad de avanzar en el diseño de una encuesta de servicios y de población general sobre salud mental de la población. La misma sería un insumo fundamental para una mejor evaluación de la demanda, estimación de brecha de atención y mejora de la respuesta.

En las reuniones entre el equipo de CENUR, las direcciones y esta consultora se plantea que dicho diagnóstico puede emplear recursos locales y apoyos al plan departamental en o técnico y financiero y que la UdelAR puede participar activamente en la ejecución incluso con participación de estudiantes de carreras de la salud. Este planteo surge a partir de experiencias previas realizadas.

Complementación público - privado

A nivel de operadores y de autoridades se identifica la necesidad de optimizar el uso de recursos para mejorar la atención con mirada puesta en la población y en el territorio, en este marco se plantea la complementación como una estrategia posible.

Las experiencias de complementación de prestadores públicos y privados en el departamento tiene una trayectoria de varios años, con gestión exitosa y sostenida en algunos casos (ejemplo maternidad de Young) y experiencias controversiales y discontinuadas (ej: internación psiquiátrica en Fray Bentos).

En el caso de los dispositivos alternativos la complementación puede ser la mejor posibilidad de que sean realidad y los antecedentes, aun los no exitosos pueden aportar aprendizajes que conduzcan a concretarlo.

Documentos de referencia

Modelo y requisitos mínimos de dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental: Unidades de Corta Estadía, Casas de Medio Camino y Centros de Rehabilitación Psicosocial Informe Final - Consultora: A. Sandra Romano Fuzul - Montevideo, diciembre de 2022.

[Enlace](#)

Documento para Apoyo en la Elaboración de Pautas y Protocolos de los Procesos de Atención y Funcionamiento de los Dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental en Uruguay -2 Informe final - Consultor: Lic. Ps. Ignacio Porras - Montevideo, diciembre de 2022.

[Enlace](#)

Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018 Unidad de Salud Mental División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud-Gobierno de Chile-acceso en:

[Enlace](#)

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

“Anuario Estadístico Nacional 2023 100ª versión”. Instituto Nacional de Estadística (INE)

[Enlace](#)

Material anexo: Resumen de las visitas y entrevistas

Objetivo de las visitas.

Establecer contacto directo con actores locales vinculados a la atención de la Salud Mental en el Departamento de Río Negro con el propósito de intercambiar acerca de la situación actual y el estado de opinión respecto a posibles transformaciones. Visitar dispositivos existentes relevando condiciones y necesidades.

Reuniones, entrevistas y visitas realizadas a los dispositivos.

Hospital de Río Negro: visita a la sala y policlínica. Reunión con integrantes del Equipo de SM de ASSE y de AMEDRIN: Psiquiatras Elvio Riglos y Patricia Venturelli, Lic TS Cinthya Gregorio.
Entrevista coordinadora SM Amedrin: Delia Brunner.
Reuniones en la Dirección de Salud Departamental de Río Negro. Reunión con autoridades de prestadores locales: DDS Dr. Montaña - DT RAP ASSE Rio Negro - Dra. Ana Cuadrado - DT Amedrin - Gerardo Contreras - Adjunta a la DT Hospital Fray Bentos Lic. Enf. Lourdes Sasia por Equipo DT Hospital de Young Gabriel Flores - Natalia Aguilar
Visita al Centro de Rehabilitación Psicosocial Mi Casita.
Local UdelaR en Barrio El Anglo.
Reuniones con Equipo de CENUR: Fabiana Pavloff, Silvia Shur, Maria Ingold, Juan Gurrrestarazú
Visita al Hogar La Unión, entrevista con integrantes de la Directivas de la OSC y responsable del equipo de cuidadoras.
Fray Bentos: Reunión intersectorial, Reunión con actores del sector salud

Young: Reunión intersectorial Reunión con actores del sector salud.

Entrevistas telefónicas: Milena Vignolo (DT CAMY) Alexandra Gilardoni (DT. Amedrin), Mayela Gadea (Presidenta OSC Hogar Union)

Documentos aportados por las personas entrevistadas:

Memoria descriptiva (octubre 2020 – mayo 2023) elaborada por la Lic. TS: Cinthya Gregorio que coordinó el equipo de SM de ASSE en dicho .

Propuesta de trabajo para el Centro de Rehabilitación Mi Casita. 2023

Copia del expediente 29/026/3/8/2023/0/0 iniciado por los talleristas Norberto Montandon y Gladys Vincon solicitando aumento de horas para su tarea en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Mi Casita.

Temas tratados

Recursos humanos en cada territorio y en cada dispositivo, forma de contratación - carga horaria y distribución por dispositivo. Propuesta de pensar la organización del trabajo de forma de optimizar el uso de los recursos existentes y valorizar el espacio de llegada de cada persona al espacio de consulta de forma de aprovecharlo al máximo.

Percepción de la demanda y organización de la respuesta. Articulación entre profesionales, equipos y dispositivos. Tipificación de la población por tipo de problemática.

Nivel de información respecto a las disposiciones y orientaciones y en referencia a la propuesta de un plan departamental de SM en Río Negro.

Logros y dificultades en la integración de SM como componente de la Salud Integral.

Dificultades en el funcionamiento cotidiano en los diferentes niveles y su relación con la conceptualización de SM y de Modelo de Atención. Necesidad de profundizar la definición de responsabilidades, competencias y espacios de colaboración, con mirada centrada en la población y la continuidad de cuidados en función de su necesidad.
Necesidad de profundizar la formación técnica en actores profesionales y comunitarios de espacios intersectoriales. Acompañamiento y monitoreo en los espacios no formalizados.
Problemáticas vinculadas a la inequidad territorial y respuestas insuficientes.
Problemáticas vinculadas a condiciones socioculturales demográficas y económicas de la población.
Circulación de la información para su uso en lo cotidiano, a modo de ejemplo retorno oportuno de la información sobre registro de IAE.

Material anexo: Jornadas de nivelación

En el marco de la consultoría se identificó importantes diferencias en los conceptos y conocimientos sobre salud mental y modelo de atención que manejaban los actores locales. A partir de esta constatación surge la necesidad de desarrollar instancias de intercambio y nivelación que permitieran un marco común básico sobre el que planificar las acciones futuras. Se realizaron dos visitas al departamento en el mes de octubre y en el mes de noviembre durante las cuales se desarrollaron 4 instancias de Nivelación, 2 en la ciudad de Fray Bentos y 2 en la ciudad de Young.

Convocatoria del mes de octubre: Tomando los insumos de los encuentros anteriores se convocó a un espacio de puesta en común, intercambio y acuerdo sobre las orientaciones teóricas y prácticas que sustentan el proceso de elaboración y puesta en marcha del Plan de Salud Mental Departamental.

La Jornada se realizó en tres encuentros presenciales convocando actores de distintos sectores, territorios y responsabilidades, organizados según se detalla: dos en Fray Bentos (uno con actores territoriales y otro con autoridades) y uno en Young, con actores institucionales de territorio. En ambos territorios la convocatoria fue amplia participando actores del sector social, educación, agentes comunitarios, inau, sociedad civil organizada.

Convocatoria del mes de noviembre: Cuarta Jornada de Encuentro de actores territoriales de Rio Negro - Hacia un Plan de Salud Mental Departamental

Se organizó la actividad en dos partes cada día, una específica para el sector salud en la primer parte de la mañana luego intersectorial, convocando a los actores que concurrieron a las instancias anteriores.

El tema central fue la cooperación entre los niveles de atención, que se identificó como necesario a partir de las instancias anteriores.

Los aportes surgidos en el intercambio se integran como insumo al proceso de elaboración de este informe.

