

Resumen ejecutivo

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

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

2024

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN DE LAS AMÉRICAS

unicef 

Autores del Informe

Dra. Gabriela Garrido

Médica, Especialista en Psiquiatría Pediátrica

Master en Trastornos de Espectro Autista

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

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

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

Dra. María José Bagnato

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

Dra. en Psicología por la Universidad de Salamanca

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

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

Lic. José Luis Priore

Lic. en Enfermería

Especialista en Gestión de Salud

Magíster en Políticas Públicas y Derechos de Infancias

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

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

Docente e Investigador.

Dra. Elizabeth Raffaele

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

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

Dra. Natalia Tailanian

Médica, Especialista en Psiquiatría Pediátrica

Psicoterapeuta Cognitivo Conductual. Diplomada en Psicofarmacología

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

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

Dra. Lucia Villalba

Psiquiatra pediátrico

Diplomada en psicofarmacología

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

Médico Psiquiatra en Sociedad Médico Universal

Apoyo desde OPS/OMS

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

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

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

Informe de cooperación técnica OPS/ OMS-UNICEF Uruguay para la mejora de la atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes

Resumen Ejecutivo

1. Introducción

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

El Primer Estudio Epidemiológico sobre la Salud Mental de los escolares en Uruguay (2006), mostró una prevalencia nacional de problemas emocionales y comportamentales de 21,9% en niños de 6-11 años (4), ubicándonos entre los países con alta prevalencia de problemas de salud mental. En 2008, el informe publicado en los Cuadernos de Salud de la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia 2010-2030 (ENIA) (5), afirmaba que los problemas del desarrollo, de los aprendizajes, el maltrato infantil y la salud mental, se ubican dentro de los principales problemas de salud de la población infantil y adolescente en el país (6).

Desde la Declaración de Alma Ata, se busca implementar una estrategia de abordaje a la atención de salud basada en la APS con un enfoque integral para la salud mental; esto implica la transformación del modelo hospital-médico-céntrico en la relación con el paciente — incrementado en el caso de niños, niñas, y adolescentes (en adelante NNA) como sujetos carentes de autonomía— y la descentralización de los servicios efectores para garantizar esta transformación y su accesibilidad.

En el caso de Uruguay, el “Plan de Salud Mental de 1986” incorporaba conceptos novedosos sobre la comprensión y abordaje de la Salud Mental, contando con un componente para infancia. Este plan tuvo poco impacto en la implementación de políticas en la siguiente década, pero dio una base teórica para cambios posteriores. En un recorrido histórico, se destacan los siguientes hitos, con sus principales nudos críticos:

a) Descentralización de la atención: Cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, y creación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) en el sector público. A partir del proceso de descentralización de la atención en Salud Mental, se incorporan psicólogos infantiles y psiquiatras de niños y adolescentes en los ECSM para atender tempranamente los problemas emocionales y comportamentales de la población infantojuvenil. Se visibiliza la magnitud de los problemas de salud mental (SM) en niños y adolescentes, y se posibilita la implementación de acciones con un carácter intersectorial, principalmente entre salud y educación. Asimismo, se comienzan a construir “redes” generando un terreno social propicio, para el proceso de construcción de la Ley de Salud Mental. Entre los principales nudos críticos se visualiza la falta de integración de otras disciplinas en los ECSM, así como la carencia de dispositivos para atención de situaciones agudas a nivel hospitalario, con un alto predominio de convenios con prestadores privados, donde se han detectado falta de estándares de calidad establecidos por el órgano rector de salud, así como un monitoreo de los mismos.

b) El Plan de Prestaciones en Salud Mental 2011. Se incorpora por primera vez, dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el componente de Salud Mental, como una prestación obligatoria para todos los prestadores del sistema. Esta decisión determinó la incorporación de otras disciplinas vinculadas a la Salud Mental, integrando equipos interdisciplinarios y se establecen distintos “Modos de atención”, con niveles diferenciales de complejidad y poblaciones objetivo. Entre los principales nudos críticos, se visualizan brechas en universalidad y equidad de estos servicios, dado la existencia de co-pagos en las atenciones, y de su mayor desarrollo en las instituciones de asistencia médica privadas (IAMPP). Asimismo, la interdisciplina específica para la infancia y los problemas del desarrollo

y las intervenciones fue pobremente considerada. Queda así, la atención de los problemas prevalentes del desarrollo, aprendizajes, emocionales y comportamentales, en la “modalidad 3”, con pocas ofertas de servicios basados en evidencia, por tiempos limitados, y con falta de estándares y monitoreo de calidad para las atenciones que se brindan, con una alta heterogeneidad en la oferta (7).

c) Proceso de construcción de la Ley de Salud Mental. Confluyen en este proceso la necesidad de modificación de la legislación vigente de 1936, integrando los marcos internacionales de Derechos Humanos (DDHH), y la modificación de los modelos de atención en salud mental con un enfoque de recuperación y anclaje comunitario. Es relevante destacar el trabajo previo desde los colectivos profesionales, el movimiento asociativo de usuarios y familiares, y desde dispositivos existentes. Con la convocatoria realizada desde el MSP se logra un proceso de consulta y participación amplio que se concreta con la promulgación de la Ley 19529 en agosto de 2017. Asimismo, desde 2019, Uruguay cuenta con un Plan Nacional de Salud Mental como marco para avanzar en la concreción de los lineamientos de la Ley 19.529, que orientan hacia un abordaje interdisciplinario, intersectorial y comunitario de la atención de la salud mental. Algunas brechas identificadas se asocian a los componentes específicos de Derechos de NNA como parte de la Ley, aún centrada en la población adulta con enfermedad mental grave. Respecto a los desafíos, se requiere del diseño de una red con dispositivos alternativos a las hospitalizaciones y apoyos para la inclusión educativa, familiar y social, a la vez que el despliegue de acciones de prevención en todos los niveles para restringir las necesidades de hospitalización de 24 horas, en aquellos cuadros severos en los cuales otros dispositivos alternativos previos no son suficientes. En ese marco es relevante impulsar iniciativas para la mejora de la atención de salud mental de niñas, niños y adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos.

d) Estándares de derechos humanos para la evaluación del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes. La salud mental de NNA que viven situaciones de encierro por problemas de salud mental y discapacidades requiere una especial atención. La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, junto con UNICEF a través del Mecanismo de Prevención (2020), documentan la situación de vulnerabilidad en que se encuentra esta población, constatando en casos documentados una flagrante violación a los derechos humanos de estos NNA (8). Esto ha permitido a la INDDHH, UNICEF y la OPS (2022) avanzar en la formulación de estándares que garanticen los derechos de NNA, proponiendo dimensiones, modelos y criterios para la evaluación y monitoreo de servicios de salud mental dirigidos a infancias y adolescencias basado en derechos fundamentales, lo que permitirá contar con una herramienta de monitoreo de DDHH de NNA que reciben atención en centros de SM de distintos tipos, basada en estándares validados para nuestro país.

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

La Representación de OPS/OMS en Uruguay ha venido apoyando el proceso de implementación de los lineamientos de la Ley de Salud Mental N.º 19.529 de 2017. Asimismo, se ha contribuido a la reglamentación de dicha ley y al diseño del Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) con las orientaciones para los principales cambios. Es en este contexto es que se establece la presente consultoría desde OPS, teniendo como contraparte al INAU a través de la Dirección de Servicios Especializados, dando continuidad al apoyo de OPS en la incorporación de los principios de la Ley de Salud Mental en las modalidades de atención a poblaciones específicas como es el caso de la Infancia y Adolescencia con problemas de Salud Mental en situación de amparo.

2. Objetivo General

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

2.1 Objetivos específicos

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

3. Marco de Referencia

3.1 Niñez, ciudadanía y derechos

Los conceptos de ciudadanía y derechos han sido construidos históricamente, en la búsqueda de un nivel de bienestar básico e igualitario en toda la sociedad (9). Sin embargo, siempre han operado factores que contribuyen a la inequidad (10). Asimismo, se han construido diferentes visiones de la infancia como fenómeno cultural (11,12), caracterizadas por primar el control social adulto: familias, escuelas o instituciones estatales o religiosas han intervenido históricamente en la vida de NNA desde un paradigma de «protección» (13). Asimismo, estos procesos de crianza han transcurrido por dos caminos: el de las «infancias propiamente dichas» (los que crecen en entornos de sus familias o figuras adultas referentes), y el de la «minoridad» (NNA que han transcurrido sus infancias a través de instituciones de caridad o estatales) (14). Este concepto de protección integral tuvo una modificación a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante CDN) y su ratificación por parte de Uruguay (15), que centra a NNA como sujetos de derecho y se desarrolla en nuestro país a través del INAU. Sin embargo, la infantilización de la pobreza ha ido en aumento a pesar de su reducción a nivel general (16), generando violencia estructural y haciendo necesario estrategias efectivas para la disminución de esta brecha distributiva que limita oportunidades y un desarrollo equitativo de NNA (17).

Dentro de estas inequidades, la salud y, específicamente, la SM en NNA requieren especial consideración. La OMS ya estimaba que más del 20% de los niños habían padecido a lo largo de su vida una enfermedad mental y que, globalmente, los trastornos mentales afectan entre un 10–20% de menores de 18 años (18). Además, la pandemia de covid-19 ha afectado a NNA de tres maneras principales (19,20,21): 1) por la infección del propio virus; 2) por las repercusiones sociales y económicas de las medidas tomadas, como el control, la contención y la mitigación; 3) por los efectos a largo plazo, como la recesión económica y el retraso en los progresos hacia el logro de los ODS (18). Estos aspectos cobran relevancia en el caso de la atención de NNA con sufrimiento psíquico, que requieren apoyos institucionales para alcanzar adecuados niveles de bienestar y el ejercicio de sus derechos en salud.

El documento de trabajo presentado por la INDDHH en 2021 (8) releva que las prácticas de atención en SM de NNA se centran en una orientación biomédica, con escaso enfoque socioeducativo y comunitario. A su vez, el informe plantea 5 desafíos de intervención para la mejora de la atención en SM de NNA desde una perspectiva de derechos: a) evitar y prevenir toda forma de maltrato en los centros de atención en salud mental, b) evitar y prevenir la privación de libertad ilegítima o arbitraria, c) abordar la SM desde una mirada integral, comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial d) garantizar que todos los NNA sean informados y participen en las decisiones que les conciernen, e) transitar hacia un sistema de protección integral que integre la SM desde la perspectiva de derechos humanos.

3.2 La categoría salud-enfermedad

Las categorías salud-enfermedad pueden ser definidas como las circunstancias en la salud de las personas que se presentan de forma más o menos persistente y que exigen respuestas sociales reactivas o proactivas, eventuales o continuadas y fragmentadas o integradas de los sistemas asistenciales, siendo fundamental su atención porque solo se agrega valor para las personas en los sistemas de salud cuando se enfrenta una condición de salud mediante un ciclo completo de atención a ella (17).

3.2.1 Clasificaciones de Enfermedades Mentales y de Funcionamiento.

En este documento se describen los siguientes instrumentos que permiten categorizar las enfermedades mentales 1) CIE 10-11 (OMS), centradas en los déficits y síntomas que permiten definir criterios diagnósticos y categorías en todos los campos de la medicina, incluidos los problemas mentales y del desarrollo 2) Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-5) en el que se caracterizan las actualizaciones basadas en evidencia científica de la literatura internacional, y contribuciones de expertos en la materia en su versión revisada 3) DSM-5-TR, incluye una revisión comprensiva del impacto de fenómenos culturales en el diagnóstico y la manifestación de enfermedades mentales 4) *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* (24), que pertenece a la familia de clasificaciones de la OMS y que ofrece una visión que quita el foco en el déficit para ubicarlo en el funcionamiento.

3.2.2 Modelo de atención en SM

Considerando las características de la población, y en el marco del accionar establecido en las recomendaciones sanitarias de la OPS-OMS y el SNIS, se promueve un modelo de atención de salud mental que pondere la promoción de salud y la prevención de enfermedad con una estrategia de una Atención Primaria en Salud (APS) resolutive e integrada a una red de servicios de complejidad creciente que asegure y garantice la continuidad asistencial. Este enfoque incluye la vigilancia de los individuos y la comunidad, y de sus determinantes sociales en salud, que en el caso de NNA se extiende a sus entornos familiares y educativos. Esta estrategia considera una red asistencial con distintos niveles de complejidad en el abordaje en salud, balanceando la provisión de los dispositivos comunitarios y de la atención hospitalaria, los cuales han demostrado no ser suficientes de forma aislada. Asimismo, esta red de atención en SM debe sostenerse en una red de recursos diversos multisectoriales que respondan a las necesidades integrales de los NNA, y que actúen a partir de sus fortalezas, con una perspectiva de recuperación y un rol participativo en la toma de decisiones.

En ese sentido, los aspectos más relevantes de la ley de salud mental son: el abordaje integral (art. 15), el enfoque comunitario de atención, interdisciplinario e intersectorial (art. 17), los equipos del PNA como referentes del proceso asistencial (art. 19) y, también, el desarrollo de un proceso de desinstitucionalización, mandatando el cierre progresivo de las estructuras monovalentes y asilares, sustituyéndolas por dispositivos alternativos (artículos 37 y 38) (25).

3.2.3 Función del diagnóstico

Tal como se ha señalado, los diagnósticos pueden implicar la identificación de psicopatologías desde una perspectiva exclusivamente nosológica (26). Sin embargo, estas áreas evaluadas no serían suficientes para los fines de una intervención oportuna y de proceso. Para este documento, se propone la adopción de un modelo basado en apoyos el cual aporta utilidad teórica y práctica, a la vez que permite el involucramiento del NNA y su entorno. Se definen los apoyos como *“recursos y estrategias cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual”* (27). Si bien se dirige a identificar apoyos en función de las limitaciones individuales, se ha hecho extensivo a identificar necesidades de apoyo social.

Dada la naturaleza dinámica de la vida de los NNA producto de su propio desarrollo, las necesidades de apoyo deben revisarse en cada instancia donde se produzcan cambios en signos y síntomas asociados a los trastornos y a las condiciones de vida. Este modelo debería integrarse en todo el proceso de atención, siendo de especial utilidad para detener una evolución negativa del trastorno, prevenir situaciones de discapacidad, pero también debería formar parte de la estrategia de egreso de los espacios de atención especializados: centros de medio camino y clínicas de atención de cuadros clínicos agudos.

3.2.4 Discapacidad y SM

Desde la perspectiva de la salud, la discapacidad es un término paraguas que incluye, las deficiencias físicas, mentales y sensoriales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación. Por su parte, la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad establece que *“las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”* (29). El término *deficiencias* alude tanto a estructuras

corporales como a funciones mentales, por ende, corresponde al diagnóstico, mientras que la discapacidad corresponde a la interacción de la persona con una condición de salud determinada y el contexto, resultando de ella una relación negativa. La discapacidad, por tanto, no es un término absoluto asociado al diagnóstico ni mucho menos asimilable a él. Por el contrario, será relativa, a mayor posibilidad de desarrollar actividades y participar socialmente, menor grado de discapacidad. Contar con los apoyos necesarios es un componente central a la hora de disminuir el grado de discapacidad, por lo que se puede afirmar que cuando se trata de NNA con problemas de salud mental, es posible prevenir situaciones de discapacidad.

3.2.5 Grupos en intersecciones de vulnerabilidad

Dentro de la población infantil y adolescente, se pueden identificar grupos que presentan mayor vulnerabilidad por estar en situación de riesgo o desamparo, con una incidencia de problemas de salud mental muy elevada (30). En España, un estudio mostró que el 27% de niños y jóvenes entre 6 y 18 años acogidos en residencias está recibiendo tratamiento debido a problemas de salud mental (30), situación similar en Estados Unidos donde la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) y la Child Welfare League of America (CWLA) trabajan juntos para generar propuestas de atención de la salud mental de este grupo (31). La Segunda encuesta de violencia basada en género y generaciones (32) para mujeres mayores de 15 años en Uruguay, reveló que las mujeres con discapacidad reportan haber sufrido mayores niveles de violencia en algún momento de su vida en el ámbito privado (familia, pareja o expareja), que las mujeres sin discapacidad (54,8% frente al 34,1%) (33), dejando a su vez en situación de mayor vulnerabilidad a NNA principalmente cuando éstos presentan Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo moderadas y severas.

3.2.6 Autonomía progresiva y toma de decisiones

La autonomía progresiva refiere a un proceso gradual por el cual NNA pueden ir ejerciendo derechos por sí mismos de acuerdo a su edad y grado de madurez. La CDN establece el deber de los Estados de garantizar el derecho a expresar su opinión en todos los asuntos que le conciernen, de acuerdo con su grado de madurez y libre de injerencias. Reconoce el derecho de todos los NNA a ser escuchados en todo procedimiento judicial o administrativo que le afecte “*ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado*” (art.12). Por otra parte, el concepto de autonomía está íntimamente relacionado con el de autodeterminación, entendido como la capacidad de tomar decisiones sobre la vida propia. Como tales, son conceptos fundamentales a la hora de garantizar los derechos de NNA con discapacidades intelectuales y del desarrollo, así como problemáticas de salud mental, garantizando los derechos y la calidad de vida, y brindando los apoyos necesarios para lograr la autonomía progresiva que se reconoce en NNA sin discapacidad.

3.3 Estrategia de redes de atención en salud

En América Latina y el Caribe los sistemas de salud se caracterizan por altos niveles de segmentación y fragmentación, lo que genera una prestación de servicios de baja calidad técnica, dificultades en el acceso, uso irracional e ineficiente de los recursos, y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (23,34-38). En el caso de la atención en SM de NNA, se incluye la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, la falta de un enfoque preventivo y un excesivo uso de servicios hospitalarios especializados. De esta manera, la continuidad asistencial se asociaría a mejoras en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad, y en la eficiencia (21,39-43).

3.3.1 Principales características de las redes de servicios de atención

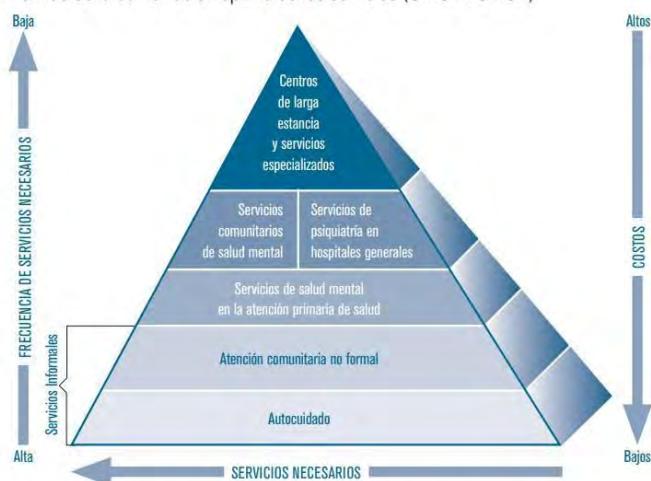
Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como «una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve» (44). Esta estrategia apunta a la cobertura universal, con atención integral e integrada al territorio, apuntando a un contacto con los NNA, sus familias y comunidades, evitando la fragmentación de los servicios (45,46). Este modelo de red de calidad debe considerar las siguientes dimensiones: a) **Organizativa:** recursos para llevar adelante la atención y enfoque institucional. b) **Científico-técnica** (que implica el manejo de la mejor y más reciente evidencia para resolver las situaciones de atención de los usuarios). c) **Interpersonal** (que refiere a la interrelación usuario-equipo de salud).

3.3.2 La estrategia de redes en SM

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

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

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



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

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

El concepto de red de complejidad creciente, con articulación de los diferentes niveles asistenciales y un tránsito de gradualidad, es indispensable para poder dar una respuesta acorde a las necesidades de SM en NNA (47,49,50,51). Asimismo, debe considerarse que para NNA carentes de cuidado familiar, son las instituciones de cuidado quienes asumen ese rol, integrando a este actor a la red asistencial. Asimismo, se debe fomentar la interacción entre actores estatales para que la respuesta a las situaciones de SM sean las acordes a sus condiciones particulares en calidad de sujetos de derechos.

Un modelo de calidad en atención en SM en NNA debe considerar: a) aspectos de salud específicos, b) abordaje de los determinantes de salud y enfermedad con un enfoque individual c) un nivel organizacional y de gestión de respuesta diversa y organizada d) una

gestión de calidad, que contemple los componentes de liderazgo, comunicación y gestión por procesos (50–52) e) compromiso del Estado para su implementación en gobernanza y financiamiento.

Características y atributos transversales que deben estar presentes en los Modelos de Redes de atención en SM y que deben contemplar las siguientes áreas estratégicas (44):

Dimensiones	Características	Atributos transversales
Modelo asistencial	1. Población de NNA de un territorio definido a cargo, y con amplio conocimiento de las necesidades de salud y preferencias, que determinarán la oferta de servicios a instalar	Accesibilidad geográfica y oportunidad (oferta de servicios)
	2. Organización en red que preste servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que integre los programas focalizados de acuerdo a las características de NNA, sus familias, y los recursos del territorio	Continuidad y coordinación
	3. Puerta de entrada con un modelo multidisciplinario, orientado a garantizar una planificación de la atención en SM en base a las necesidades y recursos de NNA, adultos y comunidades.	Alto nivel de resolutivez
	4. Prestación de servicios especializados más apropiados y accesibles, en articulación con el primer nivel de atención, de preferencia en entornos extrahospitalarios	Estándares establecidos
	5. Existencia de mecanismos de coordinación a lo largo de todo el continuo de atención	Eficacia y eficiencia
	6. Una atención centrada en los NNA, sus referentes adultos y la comunidad	Organización bimodal
Gobernanza y estrategia	7. Un sistema de gobernanza único para toda la red (modelo de red de SM)	Estrategia de APS, accesible y territorializada (44)
	8. Maximizar la participación de NNA y sus referentes	
	9. Acción intersectorial para lograr un abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	Catálogo de prestaciones definido por nivel de complejidad (44)
	10. Sólido marco legal, institucional y organizativo	
Organización y gestión	11. Desarrollo de una gestión óptima e integrada de todos los componentes de la red y basada en resultados;	
	12. recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;	
	13. participación de usuarios y sus familias;	
	14. sistemas de información integrados y sostenibles, que vinculen a todos los miembros de la red;	
Asignación e incentivos	15. financiamiento adecuado y alineado con las metas de la red, con acceso a medicinas, otros productos médicos y tecnología;	

4. Contexto Nacional

4.1 Sistema de Salud en Uruguay

En el 2008 se implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), compuesto por un sector público y un sector privado. El sector público está integrado principalmente por ASSE. Otras instituciones dentro del sector público son: Udelar, sanidad de las Fuerzas Armadas (Ministerio de Defensa), Sanidad Policial (Ministerio del Interior), BPS, BSE, intendencias municipales e IMAE (intervenciones de alta complejidad). El sector privado está compuesto por las IAMC (instituciones de asistencia médica colectiva), asociaciones de profesionales privados sin fines de lucro que atienden a la mayor parte de la población, y seguros privados y emergencias móviles, con una red de establecimientos de cobertura nacional que asiste a más de 1.371.267 usuarios, representando el 38,9% de la población total. Todo el SNIS cuenta con 826 unidades asistenciales de Atención Primaria, 39 hospitales, 4 hospitales especializados, 21 centros de rehabilitación y 7 hogares de residencia (54). La población estimada de niños en

el 2018 por la ENDIS para el 2022 es de 19,35% de la población total. Si bien no se cuenta con datos sobre la incidencia de la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en esta proyección, puede estimarse en 675.433 menores de 15 años en el país (55).

4.2 Salud mental de NNA en Uruguay: Principales marcos para su organización

1. “Plan de Salud Mental de Uruguay” (1986) incorporaba conceptos novedosos sobre la comprensión y abordaje de la Salud Mental, contando con un componente para infancia.

2. Plan de Prestaciones en Salud Mental 2011(7): conjunto de prestaciones obligatorias para todos los prestadores de salud. Jerarquiza poblaciones prioritarias, e incorpora intervenciones de apoyo a la crianza de niños pequeños y familias, y usuarios con consumo problemático de sustancias. Se organiza considerando niveles de complejidad de las intervenciones psicoterapéuticas, variando las características de las mismas, los tiempos y la forma de financiamiento. Se crean los Comités de Recepción, con el objetivo de evaluar la demanda y la oportunidad de acuerdo a la oferta disponible.

3. Ley 19.529 (25) (2017) la cual establece a) garantizar el derecho a la protección de la salud mental, con una perspectiva de derechos humanos en el marco del SNIS b) atención en SM por niveles de complejidad, basado en APS, con abordaje comunitario, interdisciplinario e intersectorial, orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales. c) internación como recurso terapéutico solo ante situaciones agudas en unidades especializadas de hospital o sanatorio general y en el caso de NNA en hospitales pediátricos o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales. En ningún caso será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda d) desinstitutionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, sustituidas por dispositivos en la comunidad. A pesar de las menciones en la ley a la población de NNA, presenta carencias en cuanto a componentes específicos de sus derechos, quedando centrada en la población adulta y con mayor foco en la atención de los trastornos mentales severos. (5).

4. Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027 (MSP), desarrollado con participación de sociedades científicas, la academia y organizaciones de usuarios y familiares, y apoyo técnico de OPS/OMS, incorpora temáticas transversales e interseccionalidades que inciden directamente en la SM. En el objetivo 7, plantea mejorar la atención específica para las víctimas de maltrato y abuso sexual infantil y otras formas de violencia contra NNA.

5. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (34) incluye a las personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo. Reconoce que los niños y niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y libertades en igualdad de condiciones, y recordando las obligaciones que asumieron los Estados Parte en la Convención sobre los Derechos del NNA. Asimismo, reconoce que las mujeres y niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación (17).

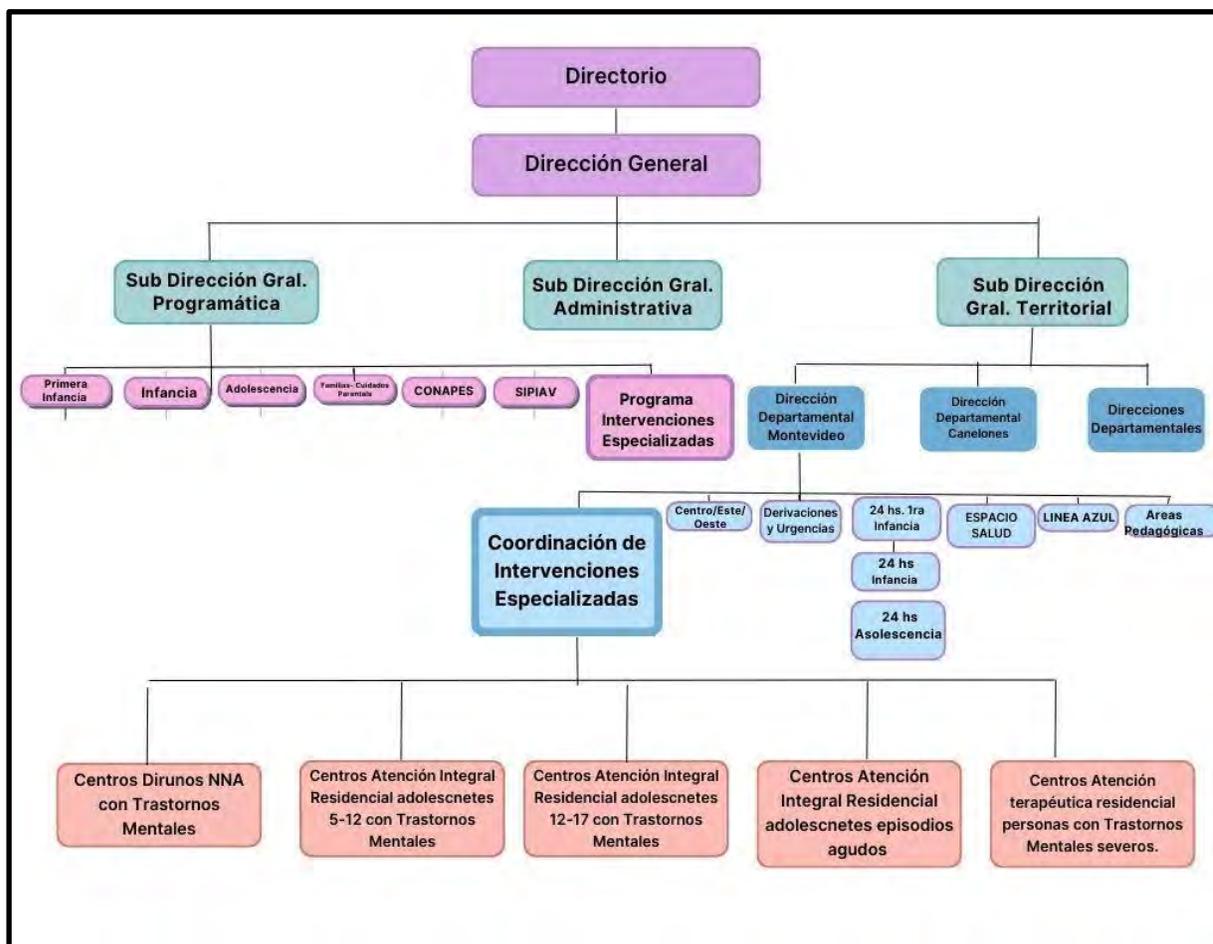
4.3 EL INAU

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

El INAU es el organismo responsable (ley 17.823) de la estrategia nacional en función a lo establecido en el CNA: siendo responsable en su rol en política pública y ejercicio de la tutela sobre todos los aspectos de la vida de NNA, sus familias y referentes adultos, que se encuentren vinculados a estrategias de apoyo estatales. Estas funciones tienen un componente de gestión y rectoría de políticas de infancia, y de cuidado.

Respecto al cuidado, INAU es la única institución que aporta oferta concreta para los casos de niños que ven interrumpidos sus derechos a vivir en sus familias. (22). A continuación, se presenta su organigrama (56), la cual incluye las secciones asociadas a los centros que brindan atención a NNA con problemas de SM en régimen de amparo o con apoyo de INAU, a cargo de la Coordinación de Intervenciones Especializadas, dependiente de la Sub-Dirección General de Gestión Territorial de Montevideo.

Diagrama 1. Estructura del INAU y modalidades de Centros de Atención en Salud Mental dependientes de la Coordinación de Intervenciones Especializadas.



4.3.2 Caracterización de la población de NNA vinculados al INAU.

Población vinculada a INAU: De acuerdo a cifras del INAU (2019) (57), el total de NNA del país asciende a 877.021 de los cuales 101.193 (11,5%) se encuentran vinculados a la institución. Los datos analizados (tabla 1, 2 y 3, Anexos Informe Final) muestran que la mayor proporción de vinculaciones ocurre en las primeras etapas de vida, con 1 de cada 3 NNA con vínculo institucional, tanto varones como mujeres, en modalidades en tiempo parcial hasta tiempo completo (tabla 4, Anexos Informe Final), descendiendo a medida que avanza en edad.

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

Proyectos por departamento: la cantidad de proyectos totales por departamento mantienen relación a la cantidad de NNA vinculados a la institución y no a la población total del departamento. Se observa que el promedio de NNA por proyecto en el país es de 48,71 ($de= 14,73$; IC 95% 42,08 – 55,33), siendo Treinta y Tres el que presenta menor relación con 32,05 NNA por proyecto y Canelones el mayor con 68,60 (tabla 6, Anexos Informe Final).

Modalidades de atención: la institución realiza gestión directa o por convenio con diferentes organizaciones (tabla 7, Anexos Informe Final). La atención en residencias para salud mental es gestionada íntegramente de forma extrainstitucional, con organizaciones contratadas y comprende 12 proyectos que atienden 506 NNA con una tasa de internación de 500,63 por 100 mil NNA vinculados (tablas 8 y 9, Anexos Informe Final).

Dispositivos de atención en 24 horas: la atención de 24 horas se implementa en 26 proyectos en 10 departamentos que atienden un total de 1016 NNA, con una proporción promedio de

0,2% (IC 95% 0,14-0.25) del total de la población infantil (mínimos Canelones y San José 0.06% - máximo Florida 0.72%) (tabla 7, Anexo Informe Final).

4.3.3 Caracterización de los problemas de salud mental en NNA institucionalizados

La institucionalización produce una ruptura en la continuidad socio-histórica de los individuos, y se incrementa cuando ello ocurre en las primeras etapas de la vida, donde es esencial la presencia de cuidadores sensibles y disponibles, que logren captar las necesidades y satisfacerlas en forma coherente.

La falta de un hogar en NNA, entendido como la falta de un lugar material, la ausencia de adultos referentes con capacidad de cuidar, y la exposición sostenida a distintas situaciones de violencia, genera la imposición de la institucionalización. En los motivos de ingreso frecuentes, se encuentran: maltrato físico, abuso sexual, negligencia extrema, adultos cuidadores con problemas de salud mental, consumo de sustancias y/o conflictos con la ley, y más frecuentemente, la falta de redes familiares de cuidados en contextos de pobreza. Estas condiciones generan traumas complejos, que determinan la expresión de distintos tipos de problemas en el desarrollo y en la psicopatología de NNA. Dentro de ellas se destacan los retrasos globales o específicos en el desarrollo, los problemas en los aprendizajes con rezagos escolares, problemas internalizados como ansiedad y depresión, y las dificultades en el control de impulsos con la emergencia de comportamientos externalizantes como la heteroagresividad y los trastornos de conducta de distinta intensidad. En estos NNA son más frecuentes las hospitalizaciones por IAE, las lesiones autoinflingidas, y la ideación suicida persistente, así como la reiteración de crisis de excitación psicomotriz con conductas de heteroagresividad.

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

Los centros de intervención en SM para NNA se clasifican de acuerdo a niveles de complejidad y se denominan «proyectos». Estos dispositivos brindan una serie de recursos que garanticen que la internación favorezca la rehabilitación de NNA, dentro de su autonomía progresiva, orientado al egreso de los dispositivos especializados y al reintegro a su entorno de referencia. Estos centros catalogados como «servicios de atención integral especializados en salud mental» son supervisados, controlados y evaluados por el Programa de Intervenciones Especializadas y comprenden (tabla 10, Anexo Informe Final).

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

4.4 Panorama de tipos de dispositivos de nuestro país.

Esquema de tipos de dispositivos de Uruguay			
Tipos	Definición Ord. 1488	Existen en la actualidad	Nudos críticos
Dispositivos Abiertos			
Centro de Salud Mental Comunitaria en territorio	Ubicado en centros asistenciales localizados en la comunidad, de fácil acceso, brindan atención en salud mental como parte de sus prestaciones de salud integral. Constituye la principal puerta de entrada al sistema. Proveen cuidados que incluyen acciones ambulatorias de baja densidad tecnológica y con alta complejidad sociocultural	47 equipos comunitarios de Salud Mental. (13 dependientes de los centros de salud de la RAP, 5 dependientes de direcciones de hospitales en Montevideo) el resto en el interior.	<p>Dificultades en la destinación de horas para actividades de coordinación, promoción y prevención en salud mental</p> <p>Atención centrada en el profesional psiquiatra, con menor presencia de otros profesionales de la salud</p> <p>Brecha de profesionales asociados a desarrollo infantil</p> <p>A nivel de los prestadores privados, no está organizada la atención en torno a Equipos de Salud Mental comunitarios en los territorios</p>
Equipos interdisciplinarios de habilitación, rehabilitación	Dispositivo ambulatorio diurno a nivel comunitario de atención psico-socio-educativa, que tiene por objeto la adquisición o recuperación de habilidades psico-sociales y aprendizajes para la inserción o reinserción educativa, familiar y social, fortaleciendo los vínculos con referentes familiares, socio-afectivos y/o con las instituciones de protección.	Red de Centros del Banco de previsión social (BPS) Alrededor de 150 centros interdisciplinarios habilitados en Montevideo y aproximadamente 300 en el interior del país, que brindan asistencia a NNA y adultos. Los 4 equipos de los dispositivos Dificultad de inserción en el medio educativo (DIME) de ASSE, (Montevideo y área metropolitana) dejaron de funcionar como tales en 2022.	<p>Dificultades para el acceso a estas ayudas, con la utilización de diferentes baremos o criterios para la determinación de discapacidad, según la prestación.</p> <p>Barreras administrativas</p> <p>Requerimiento de estudios psicopedagógicos o psicopedagógicos no cubiertos por el sistema de salud o educativo, para solicitar Pensión por Invalidez o Ayudas Especiales</p> <p>Falta de estándares de calidad para las intervenciones que se brindan desde el sector salud y del propio BPS, manteniéndose un control cuantitativo, centrado en la asistencia al centro de los NNA</p>
Salas de emergencia	Área acondicionada dentro de las unidades de emergencia de hospitales generales o pediátricos, que permita una correcta atención de urgencia, asegurando confidencialidad, protección y contención para niños y adolescentes con cuadros clínicos agudos u otra situación crítica que amerite una intervención	El Departamento de Emergencia del CHPR, tiene un consultorio acondicionado para evaluación, atención y eventualmente contención de NNA con alteraciones emocionales o comportamentales urgentes.	<p>Aún no se cuenta con estas áreas especialmente acondicionadas para resguardar confidencialidad, protección y contención en el ámbito público ni privado en Uruguay.</p> <p>Aun cuando se realizan mejoras edilicias, no está priorizada la atención de las consultas por problemas de salud mental en las emergencias pediátricas, favoreciendo la necesidad de hospitalización 24 horas de NNA, en casos que pudieran ser resueltos en este dispositivo.</p>

	pertinente. Se enfoca en la resolución de la situación de crisis, diagnóstico inicial y una adecuada resolución que brinde continuidad asistencial		Brecha de recursos materiales y humanos adecuados en régimen de reten u otros, (Pediatra, Enfermería Especializada, Psiquiatra Pediátrico, Psicólogos, Trabajador Social)
Hospital de día	Centros de atención ambulatoria, diurnos. Brindan un abordaje terapéutico, de recuperación, intensivo, individualizado, interdisciplinario, integral y coordinado, para consolidar la estabilización clínica y alcanzar una efectiva inserción comunitaria.	1 en CHPR	Expansión de estos servicios en otras instituciones públicas y privadas de Montevideo e Interior.
Centro Diurno	Dispositivo ambulatorio, comunitario, de carácter diurno, que tiene como objetivo el desarrollo de habilidades necesarias para la adquisición de la autonomía necesaria para la inserción o reinserción en las diferentes áreas de referencia del individuo.	1 para NNA en Montevideo en convenio con INAU.	La demanda de plazas para Centro Diurno es baja (mantienen cupos disponibles) en relación a la de Centros de Atención Integral para NNA de 24 horas (mantiene una demanda insatisfecha).
Dispositivos móviles	Dispositivo móvil de atención ambulatoria que integra la red de atención en salud mental. Busca dar respuesta a las dificultades en la accesibilidad de los usuarios/as de la red en situación de exclusión social grave, pudiendo atender las necesidades de esta población específica.	INAU tiene programas de acompañamiento terapéutico para NNA que se encuentran en centros de 24 horas	Necesidad de evaluación de este dispositivo, el cual puede ser una experiencia a reproducir dentro de INAU y en el sistema de Salud a nivel público y privado
Dispositivos cerrados			
Internación en hospital general	En alas pediátricas de hospitales generales, o en hospitales pediátricos, donde se internan en sectores comunes con NNA con problemas médicos o sociales	Corresponde a la mayoría de las hospitalizaciones de NNA por temas de salud mental tanto en el sector público como privado	Falta de acondicionamientos edilicios y RRHH especializados. Atención brindada por psiquiatras de adultos, dada la brecha en psiquiatras pediátricos, especialmente en el interior, con impacto en la calidad, internaciones más prolongadas y menor resolutivead

			Traslado entre departamentos o hacia la capital, por falta de psiquiatras pediátricos, lo que incrementa costos, sobrecarga a los equipos de emergencia y separa a los NNA de su lugar de residencia
Áreas de hospitalización de SM en hospital general o pediátrico	Sectores especiales en áreas de hospitalización de cuidados moderados para NNA con problemas de salud mental pediátricos.	Actualmente, no se cuenta con este tipo de dispositivo. Solo un centro en el interior tiene un apartado de SM en Sanatorio general, donde ingresan NNA, conjuntamente con adultos.	Ingreso de NNA en conjunto con población adulta, lo cual no cumple con estándares de calidad y derechos en la atención de NNA
Unidades de Corta estadía	Dispositivo de hospitalización de corta estadía para cuadros agudos o descompensaciones agudas de trastornos mentales severos u otra situación clínica que no puede ser resuelta en áreas de cuidados moderados de hospitales pediátricos u hospitales generales. Su duración es relativa a la resolución del cuadro agudo o a la estabilización de la descompensación del cuadro clínico del niño, niña o adolescente. Brinda un espacio terapéutico de alta continencia y la continuidad del tratamiento en coordinación con la red sanitaria, educativa y territorial comunitaria.	2 privados brindan servicios por licitación con INAU y con ASSE para NNA. Otros 5 centros privados venden servicios a las IAMPP, pero no con ASSE ni INAU. En estos centros NNA comparten instalaciones con adultos. Una de las IAMC en Montevideo cuenta con un servicio propio de corta estadía para adolescentes y adultos.	<p>A nivel país las instituciones de salud públicas y privadas no cuentan con este tipo de dispositivos para NNA. Esta atención se deriva a centros gestionados por privados fuera del SNIS, que atienden también a la población de NNA en situación de amparo de INAU. Solamente uno de los prestadores privados cuenta con un CCE propio.</p> <p>Para la población de INAU, no se cuenta con alternativas para el egreso luego del alta psiquiátrica. Esto genera internaciones prolongadas, más allá de la resolución del cuadro agudo, situación que también se observa en hospital pediátrico y en hospitales privados de Montevideo e Interior.</p> <p>No existe normativa respecto a la cantidad y calidad de los RRHH requeridos para esta modalidad de atención de alta complejidad en Salud Mental de NNA.</p> <p>Se constataron diferencias significativas al comparar recursos humanos entre centros.</p>
Centros de mediana estadía (Centros de atención integral en salud mental antes denominados Centros de Medio Camino)	Se trata de una estructura sanitaria de rehabilitación de mediana estancia, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para niños o adolescentes en el período de poscrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos	6 en convenio con INAU	<p>Diferencias en el perfil de beneficiarios</p> <p>Diferencias relevantes entre los centros, respecto a los recursos humanos disponibles para la atención.</p>

	orientados a fortalecer a las personas y su red de vínculos.		
--	--	--	--

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

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

Traslados desde el interior a Montevideo: gran proporción de NNA que consultan en su lugar de origen, son referenciados al Hospital Pediátrico del CHPR, principalmente por la escasez de recurso de especialistas, y adecuación de los espacios físicos en los hospitales o sanatorios en el interior del país. Esto implica una mayor ruptura de los NNA con su vida habitual, sus referentes y dificultades de acceso para el trabajo con la familia y el entorno. Según el análisis de la base de datos continua de la Clínica de Psiquiatría pediátrica [8], desde el 2017 al 2021, el 40% de los pacientes asistidos por la Clínica de psiquiatría pediátrica procedía del interior del país, cifra que mantiene relativa estabilidad a lo largo de los años estudiados.

Motivos de consultas y distribución geográfica: la distribución por motivo de ingreso es desigual según la procedencia. Se destacan las consultas por espectro suicida (lesiones autoinfligidas, riesgo suicida, gestos suicidas, intentos de autoeliminación), en la población que procede del interior del país representando el 38% de todos los motivos de consulta, en comparación con el 21% de los que proceden de Montevideo. En forma global, desde el 2017 al 2021, el 52% de los NNA que consultaron por problemas relacionados con el espectro suicida y el 37% que consultaron por problemas de conducta (crisis de excitación psicomotriz, heteroagresividad y otros problemas de conducta graves) procedía del interior del país. Las consultas por posibles situaciones de violencia (sospecha de maltrato infantil, abuso sexual, negligencia, abandono), representan casi el 40% de las consultas a Psiquiatría Pediátrica en el CHPR desde 2017 a 2021, y 1 de cada 4 situaciones procedía del interior del país.

4.6 Coordinaciones: referencia y contrarreferencia

Coordinación entre el primer nivel y especialistas: en el primer nivel de atención, público y privado, en el interior del país y en Montevideo, existen recursos de salud mental, psiquiatras y psicólogos que trabajan en coordinación con equipos de Salud Mental comunitaria, favoreciendo la continuidad asistencial luego del alta. Esto se hace más evidente en el interior, siendo las coordinaciones en Montevideo más difíciles.

Reuniones en los espacios adolescentes: en el primer nivel, con otros actores de la salud Pediatra-Medicina Familiar. Esto facilita la comprensión del medio familiar, la búsqueda de soluciones y estrategias a nivel comunitario que permite mejorar la contención del paciente y la continuidad asistencial.

Escaso retorno al hospital pediátrico o a los ECSM desde los CCE: esto hace que las intervenciones muchas veces resultan insuficientes o inoperantes, con re-hospitalizaciones frecuentes.

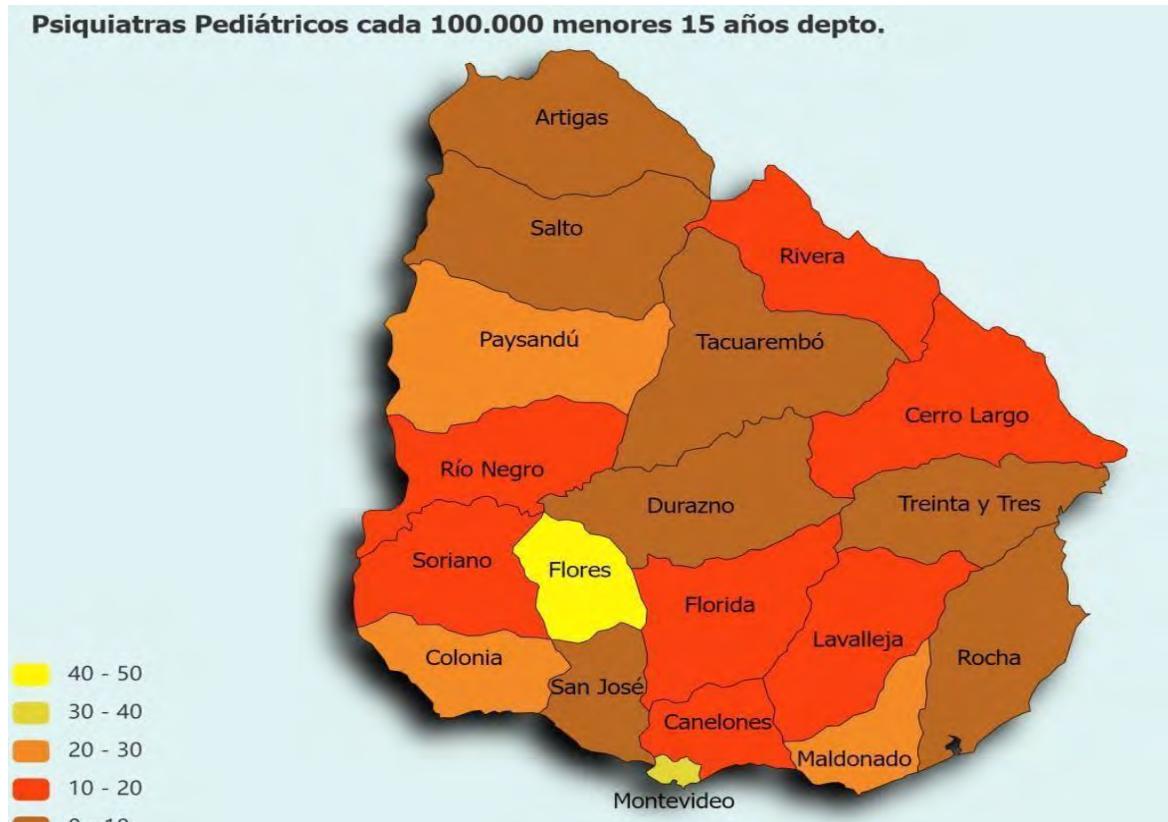
Coordinaciones salud-educación: La sobrecarga asistencial, mayores complejidades sociofamiliares y vulnerabilidades evidencian la necesidad de trabajar codo a codo con las escuelas y la comunidad. Sin embargo, los procesos de reinserción son problemáticos, y existen carencias en las estructuras intersectoriales, que resultan poco claras o efectivas.

4.7 Recursos Humanos de todo el sistema

Se realizaron estimados a partir de la información recolectada, de acuerdo a la normativa para los equipos de SM para NNA. Se constató que en Enfermería no es posible discriminar la distribución de recursos asignados de acuerdo a su función en salud general/salud mental, por niveles de atención ni por edades. En cuanto a psicología no se puede discriminar su distribución por edades. En el caso de psiquiatría pediátrica se hicieron cálculos del número de especialistas por cada 100.000 menores de 15 años a nivel nacional y por departamento.

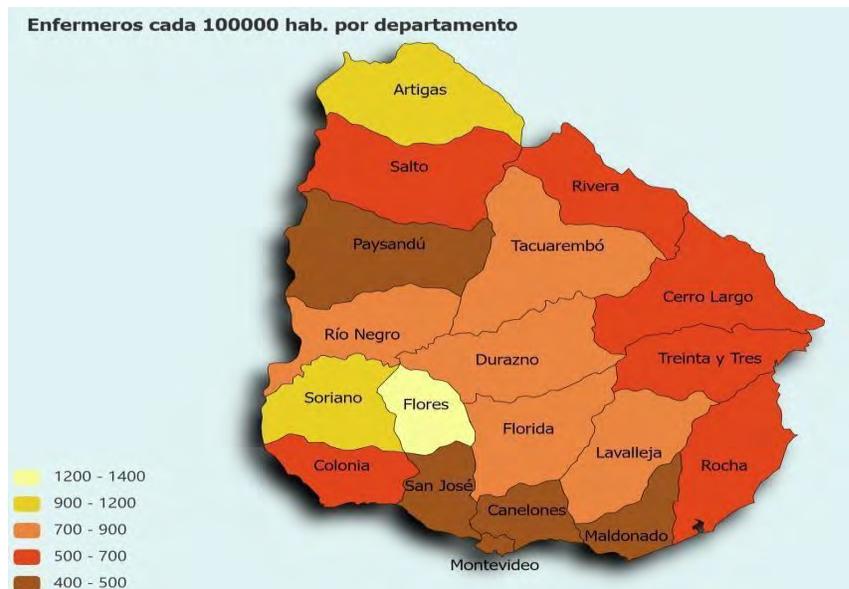
Los datos nacionales de psiquiatras pediátricos cada 100.000 menores de 15 años es de 20,53. El análisis de su distribución por departamento muestra la heterogeneidad y brechas, con un rango de 0 (Departamento de Artigas) hasta 53,7 (Departamento de Flores), con una distribución inversamente proporcional al porcentaje de menores de 15 años en ellos.

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



Datos recabados de DEMPESA – MSP

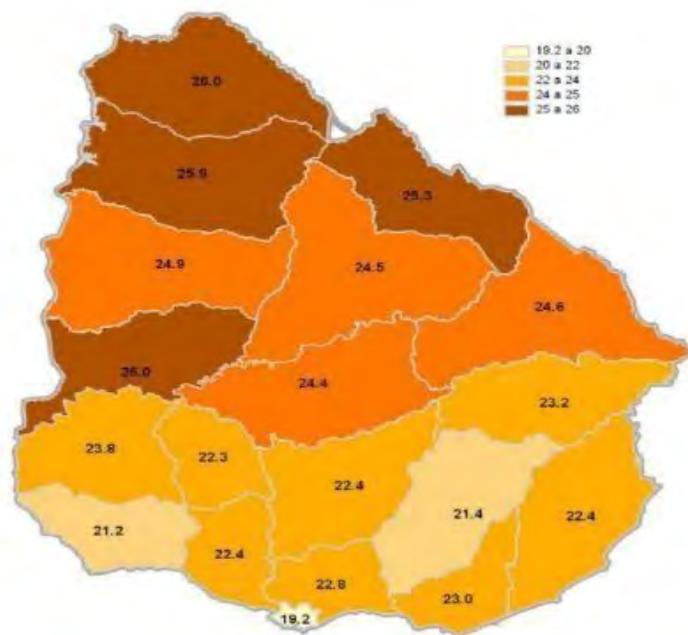
Distribución de RR. HH. en SM de NNA en el país: Enfermería



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

Datos recabados de DEMPESA – MSP

Distribución de RR. HH. en SM de NNA en el país: Psicólogos



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

Datos recabados de DEMPESA - MSP

5. Conclusiones

Respecto a la Gobernanza y Modelo de Atención:

- La promulgación de la Ley. 19.529, y el Plan Nacional de Salud Mental, dan un marco de gobernanza apropiado para abordar la salud mental de NNA. Se hace hincapié en contar con una red orientada a la participación de NNA en sus procesos, de forma de garantizar sus derechos.
- Las diversas fuentes de datos consultadas confirman la necesidad de producir cambios en cuanto a los modelos de atención en SM de NNA, coincidiendo con los mandatos de la Ley 19.529.
- Se identifica una necesidad de mayor articulación con el sector educativo, así como con el sector de salud, donde se detectan importantes dificultades para el INAU.
- A través de los datos analizados, surge poca claridad en la ruta de atención, manteniéndose un alto flujo de ingresos a los dispositivos de emergencia pediátrica. Encontramos ausencia de protocolos de actuación en relación a los componentes de la red de SM.
- Sería recomendable contar con estándares comunes respecto al modelo de atención, organización de la red de SM, calidad de servicios, y cantidad y perfil de los recursos humanos. Estos estándares deberían estar establecidos por los organismos reguladores de la atención de la Salud Mental (MSP) u organismos vinculados al monitoreo de calidad y DDHH, y aplicable en todos los prestadores de salud.

Respecto a los recursos humanos:

- Este informe muestra con claridad la concentración de servicios y recursos humanos en Montevideo y área Metropolitana, dejando en desventaja al resto del país. Un aspecto a considerar es el estudio de la geolocalización y regionalización de los servicios y nodos de atención, y el mantenimiento de centros y equipos interdisciplinarios especializados en SM a nivel comunitario a nivel nacional.
- De acuerdo a la información existente, solo se pudo identificar los recursos de psiquiatría especializados en NNA, lo cual no es posible para las otras profesiones, lo cual limita el cálculo de las brechas existentes.
- Se observa una concentración de recursos de segundo y tercer nivel de atención. En el primer nivel se observa falta de recursos humanos y de equipos interdisciplinarios en el sector público, y su ausencia en el sector privado.
- En el análisis de la distribución de las disciplinas en centros dentro de la misma categoría, el coeficiente entre las horas semanales de algunas disciplinas por usuario presenta diferencias significativas. También la relación hora/usuario/a de cada

disciplina marca una tendencia hacia el tipo de intervenciones que se realizan en los centros, lo que resulta muchas veces no ajustado al objetivo del dispositivo.

- Se constata que se utilizan distintas denominaciones para algunos perfiles profesionales tales como: “operadores” y “acompañantes terapéuticos”, “educadores”, “cuidadores”. Se observa la necesidad de formar en nuevos perfiles disciplinarios, para adecuar los servicios y las intervenciones de acuerdo al nuevo Plan Nacional de SM.
- Este informe podría aportar sugerencias en cuanto a la necesidad de este tipo de formaciones, ante las instituciones formadoras de recursos humanos profesionales en el área (UDELAR, otras universidades privadas, Institutos de Formación Docente, CENFORES, etc.)

Respecto a la provisión de servicios:

- Las intervenciones mayormente están orientadas al diagnóstico psicopatológico y a la reducción de síntomas, reduciendo la posibilidad de abordaje integral. Se hace necesario que los procesos diagnósticos consideren las condiciones del contexto, con foco en la identificación de las necesidades de apoyo tanto individuales como del ambiente familiar de pertenencia.
- Se identificaron propuestas y programas desarrollados con modelos de gestión en sintonía con lo impulsado por la ley, que podrían constituirse como nodos de atención claves. Se presentan como propuestas de dispositivos complementarios: los equipos móviles, el Hospital de Día para NNA con trastornos mentales, Centro Diurno, que actualmente son experiencias con poca expansión.
- Con relación a los dispositivos de corta estadía, se observa que no hay ninguno de gestión pública, y uno sólo de prestador privado dentro del SNIS. Esta prestación es brindada por empresas privadas a través de licitaciones con el INAU o ASSE, y por contratación directa con los prestadores privados, dentro y fuera del SNIS.
- Para los centros de medio camino se hace énfasis en el análisis de cuatro aspectos fundamentales: la unificación y adecuación de los perfiles profesionales, actualización continua en la formación específica de los RRHH especializados, la protocolización de ingreso, permanencia y egreso de usuarios, y la incorporación de indicadores de evaluación de proceso y resultados de cada usuario en el monitoreo institucional.
- Tanto INAU como el MSP, cuentan con mecanismos de control de la atención que permiten fiscalizar la provisión de servicios. Aun así, es necesario incluir en el monitoreo la formulación de indicadores de procesos socioeducativos y de rehabilitación, más allá de los indicadores objetivos.
- No surge de la caracterización de los dispositivos la existencia de mecanismos formales de participación de NNA en sus procesos.
- Es importante tener en cuenta el cuidado de los profesionales que cuidan y atienden la SM de NNA, para eso se realizan en este documento una serie de recomendaciones que pueden servir de guía para avanzar en este sentido.

Respecto a la población atendida

- Es necesario considerar los enfoques de interseccionalidad y curso de vida en las poblaciones atendidas, diferenciando propuestas por rangos etarios, y condiciones específicas, como es el caso de discapacidades severas.
- Se constatan problemáticas emergentes que requerirán mayor profundización para determinar las problemáticas de salud mental en la población priorizada. Principalmente, vulneraciones que viven NNA por situaciones de violencia, trata y abuso sexual, consumo problemático de sustancias, y madres con hijos en situación de privación de libertad.

6. Recomendaciones y propuestas

En este apartado se presentan una serie de propuestas para los dispositivos de atención en SM destinados a NNA. En el punto 1, se presentan propuestas en base a dispositivos ya existente. En el punto 2, se expondrán algunas propuestas transversales a la red de atención, importantes para todos los dispositivos analizados. Posteriormente, se revisarán las propuestas para los centros de atención de mediana estadía y corta estadía que atienden a niños en situaciones agudas de salud mental.

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

Se presentan propuestas sobre la base de dispositivos ya existentes, los cuales podrían considerarse como medidas complementarias y alternativas que disminuirían el número de demandas de ingreso a los centros cerrados. Según lo evaluado, a pesar de la importancia, estos dispositivos son en general escasos e insuficientes en la red actual de SM.

6.1.1 Recomendaciones para la creación de Hospitales de día

- Se plantea la incorporación de más dispositivos y la extensión del Hospital de Día existente, con una distribución geográfica regional, que contemple y agrupe las diferentes localidades del país.
- Estas recomendaciones toman en cuenta la experiencia del Hospital de Día del CHPR, las necesidades planteadas por los entrevistados y evidencia internacional.

Funcionamiento	De 5 a 7 veces por semana, con horario amplio en la mañana y en la tarde
Capacidad	Definida por plazas (capacidad de horas que ofrece el dispositivo). Por la modalidad de atención, en una plaza prevista pueden concurrir varios usuarios
Principales actividades para brindar	Alimentación Intervenciones terapéuticas (intervenciones psicológicas grupales e individuales, trabajo en el área de educación social, terapia ocupacional, intervención psicomotriz, talleres de habilitación) Atención de Psiquiatra Pediátrico para evaluación, y seguimiento de tratamiento farmacológico indicado por psiquiatra tratante Coordinación con Aula Hospitalaria de CHPR Intercambios con el entorno familiar
Proceso de atención	Ingreso mediante derivación de los equipos de salud mental. Equipos de salud mental derivadores (1. Equipos Comunitarios de Salud Mental de Montevideo y área metropolitana, 2. Equipos de psiquiatría que asisten NNA hospitalizados en el Hospital Pediátrico, 3. Psiquiatras de las policlínicas especializadas del Servicio de Psiquiatría del Hospital Pediátrico. 4. Psiquiatras de Centros de 24 horas o Medio Camino de INAU). Instancia mensual de gestión de plazas Reuniones semanales de Equipo Técnico Preparación del alta y plan de egreso. Orientaciones a las familias o centros de residencia del NNA, y coordinaciones que permitan sostener el egreso en el ámbito comunitario
Articulación con red de atención	La articulación entre el dispositivo de hospital de día y la red de atención
Recursos edilicios	Disponibilidad de espacios y equipamiento para dar respuesta a las necesidades y cumplimiento de los objetivos planteados: consultorios de atención, espacios cerrados y espacios abiertos para esparcimiento y realización de actividades, cocina equipada para uso conjunto, baños y habitación condicionada con estructura, mobiliario y materiales que ayudan a la regulación emocional en casos de crisis y situaciones de difícil manejo.
Recursos humanos	Uno de los pilares debe ser el trabajo interdisciplinar, potenciando los resultados en la estabilización clínica, inserción familiar, educativa y social de los pacientes

6.1.2 Recomendaciones para el progreso de recursos para dispositivos en Emergencia Pediátrica

Se propone la creación de subunidades de Emergencia Psiquiátrica dentro de la emergencia pediátrica. En lo edilicio, este incluiría consultorio para entrevistas que asegure condiciones de privacidad, shockroom (contención inicial de la situación de crisis que permita el manejo del NNA en condiciones de seguridad para este y el personal), unidad de observación, mini office (destinado a personal de enfermería que permita un adecuado resguardo de medicación psiquiátrica y otros implementos específicos), sanitario adecuado a población pediátrica y población con discapacidad. Se propone también la necesidad de personal, y capacitación permanente sobre el manejo general de situaciones de urgencia en psiquiatría pediátrica.

6.1.3 Desarrollo de programas de capacitación e Implementación de aulas hospitalarias.

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

Adecuaciones específicas	
Adecuaciones edilicias	La adecuación de las salas, espacios y apartados en los hospitales pediátricos polivalentes es esencial para el adecuado manejo de situaciones con ciertos riesgos, tales como: episodios psicóticos agudos, crisis de excitación psicomotriz de etiologías variadas, NNA que ingresan por conductas del espectro suicida y pacientes con discapacidad para evitar la sobrecarga sensorial propia del hospital.
Recursos humanos	Necesidad de mejorar aspectos del ambiente terapéutico y de recursos humanos. Constante capacitación para los recursos humanos, especialmente equipo de enfermería y cuidadores de hospital para evitar la escalada de conflictos
Programa de Capacitaciones	
Definición	Capacitaciones a personal que se encuentra en atención directa a pacientes, como enfermeros, asistentes sociales, educadores, talleristas, cuidadores, entre otros
Áreas necesarias de capacitación	El entrenamiento del personal para actuar en forma eficaz frente a NNA con riesgo para sí mismos o terceros resulta fundamental, como son estrategias para disminuir la violencia y el aislamiento y períodos breves de contención física (10) o farmacológicas preparadas e indicadas en forma específica y por psiquiatra pediátrico.
Aula Hospitalaria	
Definición	El aula hospitalaria corresponde a un espacio abierto para todos NNA que se encuentran hospitalizados. Busca mantener la conexión con el sistema educativo, dando continuidad al derecho a la educación durante períodos de alta vulnerabilidad como la hospitalización
Importancia	Se debe entender que los períodos de hospitalización por problemas de salud física o mental son particularmente críticos, hay un alejamiento de los ámbitos educativos e impactan en la calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes y sus familiares. Por este motivo, la continuidad en el sector educativo tiene una importancia notoria para la salud mental.
Desarrollo	Se recomienda contar con un espacio físico identificado, con integración de NNA sin restricciones por edad ni motivo de hospitalización, con maestras especializadas que diseñan un proyecto pedagógico durante el tiempo de permanencia en el Aula, atención durante la hospitalización y luego del alta si las condiciones para la reinserción educativa lo requieren. Se enfatiza la importancia de la coordinación con el resto del equipo asistencial.
Experiencia actual	La clínica de Psiquiatría Pediátrica en conjunto con el área de Educación Especial de ANEP, llevó a cabo el primer proyecto de aula hospitalaria en el 2007 [9]. Existen 2 aulas hospitalarias más, en el Hospital de Tacuarembó y en la clínica Diaverum, en el servicio de diálisis.

Incorporación de Educadores Sociales al equipo de atención	
Importancia	La incorporación de Educador Social, se considera un pilar necesario que enriquece la atención a los pacientes, fortalece el nexo y coordinación entre el sistema de salud y el sistema educativo y ofrece alternativas y abordajes complementarios de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
Experiencia actual	La Clínica de Psiquiatría Pediátrica cuenta desde el 2021 con pasantías de Educadores Sociales, en acuerdo con el Instituto de Formación en Educación Social (IFES), dependiente del área de Formación Docentes de ANEP. Durante las pasantías, los estudiantes se involucran con la atención a pacientes hospitalizados y del Hospital de Día. Desde la Clínica se realiza coordinación con los docentes de IFES.
Incorporación de actividades de Recreación	
Importancia	La atención de la SM desde una perspectiva integral e integradora debe procurar el bienestar tanto físico como emocional, así como favorecer interacciones sociales saludables. Las prácticas que tienen como fin la recreación cumple con estos objetivos.
Desarrollo	Actividades de expresión corporal, yoga, taller de arte, taller de música. Se recomienda sean permanentes, parte del funcionamiento y no ocasionales ni dependientes de circunstancias especiales.

6.1.4 Dispositivos móviles para la red de atención

Sería importante evaluar la implementación de los dispositivos móviles para la atención de la SM de NNA, de reciente implementación en INAU, para considerar su ampliación y escalamiento en otros territorios. Se evalúa positivamente la figura de acompañante terapéutico para los Centros de atención integral en salud mental de INAU. Esta pudiera ser incluida en otros dispositivos según indicación de equipo de salud mental especializado.

6.2 Propuestas transversales a los diferentes dispositivos de atención

6.2.1 Ubicación de los Centros

- Priorizar que la atención sea brindada lo más cercano al entorno familiar y social de referencia. Esto implica fortalecer la descentralización de servicios, que actualmente concentran la oferta en el área Metropolitana, fundamentalmente en Montevideo.
- Se recomienda regionalizar los Centros, con conocimiento basado en epidemiología social de la distribución de NNA con problemáticas severas de SM.
- Resulta necesario fomentar el estímulo y la formación de profesionales para los distintos puntos del país. Por lo cual, la ampliación de dispositivos se debe acompañar de estrategias de formación de recursos locales, y eventualmente de un mejor estímulo para la radicación de profesionales de salud mental en el interior.
- Determinar ingreso a los centros por necesidades de apoyo para el mejor funcionamiento individual más que por tipo de patología. El concepto de accesibilidad y por ende de necesidades de apoyo, puede ser la base como criterio, para la diferenciación o requerimientos de una mayor especialización de los servicios.

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

- La nueva Ley de SM, así como el Plan Nacional de SM, resaltan la necesidad de considerar a personas usuarias como sujetos de derechos, activos participantes de sus procesos de recuperación.
- Para una toma de decisiones informada y con participación debe considerarse: a) La capacidad de comprensión de la información que se recibe, b) la constatación de que la persona comprende lo que se le comunica, c) la posibilidad de asentir o no sobre lo que se le comunica. Por tanto, la información que se brinda debe ser accesible para cumplir con los puntos anteriores.
- Además de la edad, la situación cognitiva y emocional en la que se encuentren NNA, y las limitaciones en la comunicación deben ser consideradas por lo que es recomendable el uso de estrategias aumentativas y alternativas de comunicación y

presentar distintos formatos accesibles (ONU, 2006), tales como información en Lengua de Señas, Información en Braille, pictogramas, e información en Lectura Fácil.

- Contar con herramientas de información accesibles protocolizadas, tales como folletos informativos en y con pictogramas, consentimiento informado o de fácil comprensión, a la vez que garantiza el derecho a las personas a estar informadas de las estrategias a desarrollar, posibilita la colaboración y participación en dicho proceso.
- Monitoreo del cumplimiento de los estándares mínimos necesarios.
- En este sentido, se recomienda seguir la propuesta de estándares de derechos en el cuidado de la atención de NNA (INDDHH) para mecanismos de control y seguimiento.

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

- Los equipos de salud mental enfrentan la tensión y el estrés de las problemáticas que abordan y el estrés jerárquico institucional al que pertenecen. Por tanto, es esencial considerar el bienestar del personal para una atención de calidad.
- Una información institucional adecuada y accesible reduce tensiones. Para ello, cobra fuerza la necesidad de contar con un programa de comunicación que involucre y comparta las decisiones político-institucionales tanto como los recursos y procedimientos y protocolos de actuación.
- Necesidad de realizar capacitaciones específicas para la atención de esta población priorizada. Existe la experiencia de capacitaciones generales para avanzar en temas de Salud Mental en el ámbito de funcionarios de salud. Es relevante realizar capacitaciones con mayor profundidad a un menor número de funcionarios debido al alto grado de especificidad en la temática. Un recurso disponible, además, pueden ser capacitaciones ad hoc, en el formato de tele formación.

Estrategias	Principales actividades
Disponer de tiempo para programar, evaluar, analizar temas atingentes y estudiar colectivamente	Asegurar horas protegidas para la programación del equipo
Alineación del equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos individuales coherentemente alineados con los objetivos del equipo • Capacitación al equipo en las modalidades terapéuticas asumidas con el nodo o punto de atención, basadas en evidencia • Capacitación para la formación de equipos de cuidados • Definir incentivos para el trabajo en salud mental (acceso a capacitaciones, por ejemplo)
Manejo adecuado del equipo en: comunicación, asertividad, transparencia, confianza, lealtad, emociones, entre otros	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones técnicas • Jornadas de trabajo • Capacitación en trabajo en equipo • Capacitación para el incremento de seguridad personal en el desempeño de tareas • Proceso de inducción a nuevos integrantes de los equipos
Evitar la sobrecarga de trabajo	Gestión de contratación de recurso humano faltante. Reemplazo de licencias médicas.
Espacios de supervisión técnica, externa, para resolver problemas que interfieran en el trabajo	Contar con equipo externo de apoyo en trabajo en equipo
Promoción de espacios para el cuidado reconocidos por la jefatura y la autoridad.	Contar con espacios resguardados, programados y planificados para la realización de actividades de cuidado

Estrategias y acciones que mejoran los resultados del equipo de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de revisión clínica, al menos, una vez a la semana, e instancias de supervisión de casos • Reuniones integradas de los equipos de los distintos nodos y puntos de atención. • Asambleas quincenales/mensuales de las personas usuarias de la red, en cada nodo y punto de atención • Revisión periódica planificada del funcionamiento de los equipos • Cada nodo y punto de atención asigna un gestor/a terapéutico/a, que interactúa cercanamente con la persona y su familia, favoreciendo su participación activa en el proceso de recuperación • Procedimientos claros para resolver los desacuerdos entre los integrantes del equipo • Fortalecimiento de las competencias del equipo a través de procesos de educación continua • Plan de autocuidado de equipo • Protocolo interno de resolución de contingencias.
--	--

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

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

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

Definición	La hospitalización psiquiátrica de corta estadía aborda situaciones de urgencia, que por su gravedad, estado de crisis, o agudeza, implican tratamientos intensivos, con utilización de herramientas psicofarmacológicas y psicosociales, desde un dispositivo que ofrezca contención, asegure el bienestar y evite el riesgo de autolesiones o lesiones dirigidas a otros. Ofrece tratamientos individualizados contemplando las necesidades particulares del usuario y con apoyo hacia la familia
Objetivo	Realizar diagnóstico y tratamiento integral a personas que presentan sintomatología severa en forma aguda o reagudización de un trastorno mental previo que requieren niveles de protección y seguridad mayor a los que puede brindar una hospitalización en sala general
Situación actual	Existen en Uruguay “Unidades de Corta Estadía de Psiquiatría”, conocidas habitualmente como “Clínicas de agudos” o “Clínicas Psiquiátricas de agudos”. Se articulan con los distintos niveles de atención en salud mental y reciben NNA derivados desde ASSE y desde prestadores privados integrales (IAMPP y Seguros Médicos). Son Centros privados, contratados por los distintos prestadores de salud y ofrecen servicios de alojamiento, alimentación y de tratamiento, durante la internación psiquiátrica para NNA. No se han desarrollado unidades de corta de estadía en el país, con el nivel de densidad tecnológica requerido, dentro de los dispositivos del SNIS (de las IAMPP consultadas, solamente una dispone de un recurso propio).
Criterios de ingreso	<p>Para el ingreso se sugiere considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza urgente del cuadro • Necesidad de implementar un tratamiento rápido y que necesite de monitoreo y supervisión permanente • Conductas que implican riesgo para sí mismo o terceros. <p>Algunas condiciones que pueden requerir ingreso a una CCE son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de excitación psicomotriz prolongadas, severas, de difícil contención que pueden cursar con riesgo de autolesiones o lesiones dirigidas a otros. • Psicosis agudas o crónicas descompensada que por su gravedad, agresividad o delirio acompañante, no pueden ser

	<p>abordados en forma ambulatoria o en hospital general en el primer nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NNA con alto riesgo suicida, a los que no se les pueda asegurar una contención adecuada en servicios con hospitalización abierta • Uso problemático de sustancias, para desintoxicación aguda, tratamiento de comorbilidades o por el riesgo suicida • Trastorno del Espectro del Autismo o discapacidad intelectual con agresividad importante hacia sí mismos o el entorno, o necesidad de ajuste de medicación o wash out cuando no es posible desde lo ambulatorio. • NNA víctimas de violencia o malos tratos, usuarios de INAU que presentan historias de traumas complejos, con alteraciones vinculares severas de forma temprana y cursan con problemas psicopatológicos graves, con desregulaciones emocionales, niveles elevados de agresividad y exposición a conductas de riesgo, autolesiones o conductas delictivas. • No debería incluirse como motivo de ingreso, las razones sociales, la falta de vivienda, o la espera de resoluciones judiciales.
Capacidad	<p>Es imprescindible que los criterios de ingreso sean claros, ya que la indicación de internación en un niño que no requiere una atención especializada de esta índole puede resultar perjudicial.</p> <p>Es importante también que el servicio tenga la capacidad de atender hospitalizaciones de urgencia, asignando prioridad y evitando las “listas de espera”, con el fin de evitar que el niño o adolescente sea atendido en otros dispositivos no adecuados para su problema.</p>
Objetivos del tratamiento	<p>Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona, buscando la estabilidad clínica a través del sostén de los tratamientos</p> <p>Habilitar y facilitar la inclusión socio-familiar, promoviendo la autonomía, generando hábitos saludables y cambios en conductas problemáticas, conductas de riesgo y autolesiones</p> <p>Tomar distancia y descomprimir de situaciones familiares caóticas y disfuncionales, donde el abordaje intensivo con el NNA y su familia permita iniciar posibilidades de reparación y disminución de escalada de conductas peligrosas</p> <p>Iniciar, adecuar y ajustar tratamientos psicofarmacológicos acompañados de tratamientos psicosociales con apoyo e intervención con las familias y/o referentes o tutores</p> <p>Elaborar y desarrollar un Plan para el egreso individualizado, en el contexto de la red territorial existente, coordinando con el dispositivo ambulatorio de Salud, Salud Mental, Educativos y de Protección en su territorio</p>
Duración de la estadía en el dispositivo	<p>Si bien los tiempos de estadía no deben ser considerados en forma fija y general, sino que se deben tener criterios más dimensionales de la evolución integral del sujeto, entendemos que la hospitalización en CCE no debería extenderse más allá de entre 30-60 días, en base a los tiempos de estabilización del cuadro. Asimismo, las hospitalizaciones intensivas no deben extenderse luego de que el sujeto cuente con el alta psiquiátrica dentro del dispositivo. Esta consultoría recomienda un mayor seguimiento de los tiempos de estadía y un registro de las barreras para que se efectivicen las altas a otros niveles de atención luego del alta psiquiátrica.</p>
Proceso de atención	<p>Intervención con foco en los logros, con enfoque de recuperación (recovery). Por lo tanto, el proceso de atención en este dispositivo se centra en la estabilización del cuadro psicopatológico, y la articulación con los otros nodos de menor densidad tecnológica para continuidad de la atención en base a un plan integral de atención</p>

	<p>Una forma de determinar la duración de los tratamientos tiene que ver con el concepto de estabilización, en cambio del concepto de tratamiento. Se recogen la sistematización de Nurucombe, en 12 pasos que pueden ser de utilidad para el diseño del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular diagnóstico biopsicosocial • Extraer de esta formulación los problemas fundamentales potenciales • Reformularlos como metas de estabilización • Seleccionar las terapias apropiadas para cada meta. • Designar una fecha para cumplirlas metas • Para cada meta, estipular objetivos específicos. • Seleccionar métodos de evaluación basados en los objetivos, para monitorear el plan • Diseño de un plan de alta. • Negociación del plan con la familia • Implementación y monitoreo del plan. • Revisar el plan si el progreso del paciente se detiene. • Terminar el tratamiento cuando se hayan cumplido las metas y los objetivos.
	Evaluación y diagnóstico integral, buscando la estabilidad clínica
	Establecer Plan de tratamiento, que incorpore la inclusión socio-familiar, promueva autonomía, hábitos saludables y cambios en conductas problemáticas, de riesgo y autolesiones
	Brindar atención integral con consultas de salud mental con equipo interdisciplinario que podrá estar integrado por: Psiquiatra Pediátrico, Psicólogo con formación en NNA, Trabajo social, Educador social, Talleristas.
	Inicio, adecuación, y ajuste de tratamiento psicofarmacológico acompañado de apoyo psicosocial individual e intervención con familias o referentes y tutores
	Preparación del alta y plan de egreso. Orientaciones a las familias o centros de residencia del NNA, y coordinaciones que permitan sostener el egreso en el ámbito comunitario.
Plan de egreso centrado en la recuperación	<p>Los criterios de egreso deben contemplar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría clínica y estabilidad clínica del cuadro psicopatológico que motiva el ingreso • Abordaje con referentes y/o familiares, que puedan colaborar en el proceso de tránsito y alta, asegurándose un seguimiento ambulatorio estrecho. <p>En el caso de los IAE (intentos de autoeliminación) y conductas del espectro del suicidio, debe realizarse una estrecha referencia-contrarreferencia, utilizando mecanismos de derivación asistida dentro de la red de atención en SM y siguiendo el protocolo de IAE (MSP)</p>
Articulación con red de atención	La articulación entre la CCE y los equipos derivadores debe ser permanente, mientras dure la hospitalización. Asimismo, estos deben estar en conocimiento del plan de tratamiento realizado y plan de egreso para asegurar la continuidad asistencial
Recursos edilicios	Los dispositivos para el tratamiento de condiciones agudas pueden tener diferentes tipos de especialización, además de ser dirigidos a determinadas franjas etarias. Las condiciones estructurales y edilicias, los programas de rehabilitación y el personal necesario, es diferente según el objetivo que se considere. Entre los elementos a tener en cuenta, es necesario contextualizar regionalmente, ya que también deben ser económicamente sustentables.
Recursos humanos	Equipo de atención interdisciplinario compuesto por profesionales y técnicos del área de la salud mental especializados en infancias y adolescencias, profesionales de la salud formados en intervención en situaciones de crisis y manejo de situaciones de excitación psicomotriz e intentos de autoeliminación. Formación adicional en enfoque de derechos, curso de vida, y consideración de aspectos culturales en la atención. Se sugiere la incorporación de telemedicina como forma de apoyo a la atención.

	<p>Se debe de disponer de recursos recreativos, mediante talleres que estimulen y enseñen habilidades para la vida cotidiana y fomenten la creatividad y/o actividades deportivas.</p> <p>En base a la propuesta de la Asociación Americana de Psiquiatras de Niños y Adolescentes y el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 psiquiatra Pediátrico, un psiquiatra consultante y 1 psicólogo de tiempo completo cada 10 a 12 camas. • Integración por trabajador social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional y psicoterapeutas. • 1 enfermera cada 2 pacientes para tratamiento intensivo y por cada 3 para tratamiento de baja intensidad. <p>El modelo de gestión de Chile, para Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), recomienda para 10 plazas de 10 camas, con jornadas laborales de 44 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Coordinador: 44 horas semanales • 1 Psiquiatra pediátrico: 44 horas semanales • 1 Médico general: 11 horas semanales • 1 Psicólogo (44 horas semanales en total) • 2 Trabajadores sociales (44 horas semanales) • 1 Terapeuta Ocupacional (44 horas semanales) • 1 Enfermero diurno (44 horas semanales) • 1 Enfermero 4º turno (4 jornadas de 44 horas semanales) • 1 Psicopedagogo (22 horas semanales) • 1 Prof. E. Física (22 horas semanales) • Técnicos en Turno: (44 h semanales) • Técnicos en rehabilitación en 4º turno (4 jornadas de 44 horas semanales) • Técnicos Paramédicos en 4º turno 12 jornadas de 44 horas • 1 cargo Administrativos: Secretaría (44 horas) • Auxiliares de servicio en 4º turno (4 jornadas de 44 horas)
<p>Ambiente terapéutico</p>	<p>El ambiente terapéutico es el que permite a las personas disponer de un entorno saludable, seguro, digno, apropiado y con autonomía, a la vez que se mantienen y respetan los objetivos clínicos de los dispositivos (61). Es relevante señalar que en varios estudios se describe como las causas de violencia están íntimamente relacionadas con la cultura del entorno de hospitalización y la dinámica entre los pacientes y el personal que asiste, por lo que el desarrollo y práctica de habilidades de comunicación y relaciones enfocadas a acompañar al paciente en su recuperación, puede ayudar a disminuir las conductas violentas en estos sectores (62).</p>
<p>Ambiente físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Luz solar en los diferentes sectores. Esto permite la regulación del ciclo circadiano del organismo. El ciclo circadiano está implicado en el funcionamiento fisiológico adecuado, regulando el sistema endocrino, el sistema nervioso central y periférico (70). • Habitaciones y baños, con construcciones edilicias que contemplen el riesgo de la auto y heteroagresividad. • Ambientes seguros, con infraestructura adecuada. • Creación de espacios adecuados que fomenten la recuperación, con adecuados tiempos de ocupación, descanso y ocio.
<p>Consideraciones éticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con consentimiento informado a los padres y/o tutores, y asentimiento de las/los adolescentes donde se explicitan los objetivos de la hospitalización y se detallan las intervenciones que están previstas realizar. • Registro del consentimiento, plan de tratamiento y características de la crisis, la duración, las medidas efectuadas, desde un enfoque de seguridad de los NNA y con un equipo adecuado en un marco de protección de derechos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se trata de adolescentes, su participación para asentar procedimientos resulta necesario, en el marco de la autonomía progresiva y desde un ejercicio de sus derechos. Cuando la internación se realiza en forma involuntaria, se debe procurar el consentimiento de padres o adultos responsables de los NNA, y posteriormente a la situación crítica, ofrecer una información detallada, con un lenguaje accesible a la edad del sujeto. • Una vez el NNA cuente con el alta psiquiátrica del CCE, debería ser derivado a otro dispositivo, hospital pediátrico, centro 24 horas no especializado, HD o su núcleo familiar.
--	---

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

Definición	Centros que brinden atención terapéutica desde una perspectiva integral en modalidad residencial, para NNA que presenten trastornos mentales compensados
Objetivo	<p>La intervención de estos servicios busca generar procesos de rehabilitación con la finalidad de favorecer la autonomía progresiva de los niños y adolescentes a través de un proyecto de atención integral orientado al egreso de los dispositivos especializados y al reintegro a su entorno de referencia. Resulta de especial relevancia que estos proyectos intervengan en la trayectoria de protección de niños, niñas y adolescentes con el constante objetivo de favorecer la plena integración social.</p> <p>En adolescentes, el objetivo general está enfocado en disminuir los efectos post-crisis de adolescentes que han tenido episodios agudos o crónicos de difícil remisión.</p>
Situación actual	INAU, prevé la instalación de Centros de Atención Integral en Salud Mental (5) para niños y niñas entre 5 y 12 años 11 meses al ingreso y Centros de Atención Integral en Salud Mental para adolescentes de 13 a 17 años 11 meses al ingreso al Centro.
Beneficiarios	<p>Casas de medio camino para niños portadores de trastornos generales del desarrollo, trastornos disruptivos y retardo mental leve o moderado con trastornos conductuales o conductas psicóticas pudiendo estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual, y consumo problemático de SPA.</p> <p>Casas de medio camino para adolescentes varones y mujeres entre 10 y 17 años 11 meses, con distintos niveles de dependencia y necesidades de apoyo, que requieren un abordaje integral de recuperación y contención emocional para vincularse o revincularse con el medio comunitario, educativo y social. Destinado para adolescentes portadores de trastornos psicóticos, borderlines, trastornos del humor, trastornos disruptivos severos, trastornos conductuales, con retardo mental leve o moderado, pudiendo estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual y consumo problemático de SPA</p>
Criterios de ingreso	<p>Niños portadores de trastornos generales del desarrollo, trastornos disruptivos y retardo mental leve o moderado con trastornos conductuales o conductas psicóticas pudiendo estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual, y consumo problemático de SPA.</p> <p>Adolescentes portadores de trastornos psicóticos, borderlines, trastorno del humor, trastornos disruptivos severos, trastornos conductuales, con retardo mental leve o moderado, pudiendo estar asociados a situaciones de calle, violencia, explotación sexual, y consumo problemático de SPA.</p>
Plan Integrado de Atención (PAI)	Evaluación multidimensional de la situación de NNA y por equipo interdisciplinario

	<p>Se definen objetivos a alcanzar en cada área de atención, los plazos previstos y la forma de evaluación de los objetivos a medida que se vayan cumpliendo. Determinando las prioridades en materia de salud física, mental y emocional, así como priorizar la trayectoria e inclusión educativa. Para el proceso de rehabilitación o habilitación es necesario basarse en un modelo de funcionamiento. Se incluye plan de egreso.</p> <p>En las intervenciones directas se incluyen los tratamientos médicos del cuidado de la salud integral, incluyendo los cuidados nutricionales y odontológicos. Los aspectos farmacológicos y la indicación de estimulación neurocognitiva cuando se detectan limitaciones en esta área y los aspectos emocionales y vinculares que promuevan su salud mental. Asimismo, la evaluación de las habilidades académicas obtenidas y las que se corresponden a su edad cronológica que fomenten su autoconfianza y desarrollo para la adecuada inclusión en el ámbito educativo.</p> <p>Actividades grupales con otros/as residentes, de acuerdo a temáticas de interés común, tales como talleres de reflexión, mejoramiento de habilidades sociales, la comunicación y el autocuidado.</p> <p>Trabajo del equipo psicosocial con las familias o la referencia a los equipos de los otros proyectos y dispositivos de INAU.</p> <p>Articulación con los centros de referencia en salud, con el ámbito y referentes educativos, y con espacios comunitarios donde se desarrollen actividades recreativas y culturales acordes</p> <p>El proceso de egreso debe establecerse como parte del PAI. Una vez que se cuenta con la valoración multidimensional de la situación de cada NNA, se deben establecer las metas y condiciones del egreso, resguardando que la estadía en el dispositivo es un apoyo temporal a brindar en el menor tiempo posible.</p> <p>Un plan integrado de atención se base en el resguardo de los derechos humanos de los NNA en la atención, principalmente el derecho a condiciones de vida adecuadas, el derecho al goce de una salud integral del más alto nivel posible, y el derecho a la libertad personal y la seguridad de NNA y el derecho a expresar su opinión y ser escuchados sobre los temas que les conciernen.</p>
Actividades para determinar los perfiles de ingreso y egreso de la población priorizada	<p>Coordinación con el equipo interdisciplinario que deriva, por parte de un equipo de coordinación del Centro, para derivación asistida brindando motivo de derivación, historia clínica completa, trayectoria de atención en salud, trayectoria educativa, contexto familiar de procedencia y situación de vulneración por situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trata o situación de calle, y existencia de referentes familiares o cuidadores</p> <p>Evaluación Individual para el diseño del PAI</p> <p>El plan de tratamiento se organiza en base a los objetivos terapéuticos definidos en el PAI, pudiendo incorporar intervenciones directas individuales (tratamiento de la salud integral, incluyendo cuidado nutricional y odontológico), consultas del equipo multiprofesional, tratamiento farmacológico, estimulación neurocognitiva, entre otras. Actividades grupales con otros residentes, de acuerdo a temáticas de interés común, tales como talleres de reflexión, mejoramiento de habilidades sociales, la comunicación y el autocuidado. Intervención psicosocial con familias o la referencia a los equipos de otros proyectos o dispositivos de INAU. Coordinación con los equipos de salud y educación. Actividades en el ámbito comunitario, recreativas y culturales.</p>
Duración de la estadía en el dispositivo	La intervención procurará no superar los 18 meses de atención, propiciando el reintegro del niño/a o adolescente a su entorno

	de procedencia (familia, comunidad o proyecto de protección no especializado). Este plazo puede ser revisado, y es posible incorporar mecanismos de evaluación de plan terapéutico y revalidación del tiempo de estadía por motivos clínicos. La permanencia podrá extenderse en caso de no encontrarse otra alternativa de atención.
Articulación con red de atención	Para la continuidad de cuidados y de atención, se debe contar con un sistema de comunicación y adjudicación de referentes profesionales. Asimismo, es necesario establecer un flujo de ingreso y egreso y las necesidades de programas de salida que acompañen y sostengan la recuperación alcanzada en los centros. Implementar uso de interconsulta y referente profesional o gestor de caso.
Recursos edilicios	Disponibilidad de espacios y equipamiento para dar respuesta a las necesidades y cumplimiento de los objetivos planteados: consultorios, espacios cerrados y espacios abiertos para esparcimiento y realización de actividades, cocina equipada para uso conjunto, baños y habitación condicionada con estructura, mobiliario y materiales que ayudan a la regulación emocional en casos de crisis y situaciones de difícil manejo.
Recursos humanos	Equipo profesional altamente especializado: Trabajador Social, Médico Psiquiatra pediátrico, Médico Pediatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador Social, Maestra, Lic. en Enfermería, Aux. de Enfermería, Recreadores, Personal Administrativo y de Servicios. Otros técnicos consultantes tales como nutricionista, psicomotricista, fonoaudiólogos, y apoyo legal.
Ambiente terapéutico	El ambiente terapéutico es el que permite a las personas disponer de un entorno saludable, seguro, digno, apropiado y con autonomía, a la vez que se mantienen y respetan los objetivos clínicos de los dispositivos (61). Es relevante señalar que en varios estudios se describe como las causas de violencia están íntimamente relacionadas con la cultura del entorno de hospitalización y la dinámica entre los pacientes y el personal que asiste, por lo que el desarrollo y práctica de habilidades de comunicación y relaciones enfocadas a acompañar al paciente en su recuperación, puede ayudar a disminuir las conductas violentas en estos sectores (62).
Ambiente físico	En las casas de medio camino para adolescentes es necesario tener espacios diferenciados por tramos etarios de 10 a 14 y de 15 a 17 años 11 meses.
Consideraciones éticas	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con consentimiento informado a los padres y/o tutores, y asentimiento de las/los adolescentes donde se explicitan los objetivos de la hospitalización y se detallan las intervenciones que están previstas realizar. • Registro del consentimiento, plan de tratamiento y características de la crisis, la duración, las medidas efectuadas, desde un enfoque de seguridad de los NNA y con un equipo adecuado en un marco de protección de derechos. • Cuando se trata de adolescentes, su participación para asentir procedimientos resulta necesario, en el marco de la autonomía progresiva y desde un ejercicio de sus derechos. Cuando la internación se realiza en forma involuntaria, se debe procurar el consentimiento de padres o adultos responsables de los NNA, y posteriormente a la situación crítica, ofrecer una información detallada, con un lenguaje accesible a la edad del sujeto. • Una vez el NNA cuente con el alta psiquiátrica del CCE, debería ser derivado a otro dispositivo, hospital pediátrico, centro 24 horas no especializado, HD o su núcleo familiar.

7. Referencias

1. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Bromet EJ, et al. Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*. septiembre de 2023;10(9):668-81.
2. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar De Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. enero de 2022;27(1):281-95.
3. Organización Mundial de la Salud. Atlas de la OMS 2004. ISBN 9241546260.
4. Viola L, Garrido G, Varela A. Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos. :59.
5. Consejo Nacional Consultivo de NNA. Informe del Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente (CNCHDDNA), sobre la solicitud de opinión de la Comisión de Constitución, Código, Legislación General y Administración (CCCLGA). [Internet]. 2019 [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/3967652.pdf>
6. Setaro M, Koolhaas M. Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. 2008 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/297>
7. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Departamento de programación estratégica en salud, áreas de Ciclos de Vida, Programa Nacional de Salud Mental. Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. 2011. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
8. Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. La infancia que no queremos ver [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/informes/la-infancia-que-no-queremos-ver-0>
9. Durkheim É. *The division of labor in society*. [New York], London: The Free Press ; Collier Macmillan Publishers; 1964. 439 p. (Free Press paperback).
10. Hopenhayn M. Cohesión social y derechos ciudadanos. En Sojo, A, Uthoff, A, (Eds) (2007) *Cohesión social en América Latina y el Caribe: Una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*, Santiago de Chile, Chile: CEPAL. 2007;
11. Ariès P. El niño y la vida familiar en el antiguo régimen [Internet]. Taurus; 1988 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=73340>
12. Puerto JS. Apuntes para comprender la evolución de la atención a la infancia. En: *La práctica psicomotriz : una propuesta educativa mediante el cuerpo y el movimiento*, 2002, ISBN 84-9700-086-2, págs 17-40 [Internet]. Aljibe; 2002 [citado 20 de septiembre de 2022]. p. 17-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=619444>
13. Shamgar-Handelman L. Old concepts—new realities. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*. 1 de marzo de 1994;7(1):7-14.
14. Wintersberger H. Infancia y ciudadanía: el orden generacional del Estado de Bienestar. *Política y sociedad*. 2006;43(1):81-103.
15. Ley N° 17823 [Internet]. [citado 8 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17823-2004>
16. Morteo A. La potencia de los cuerpos con psicofármacos : adolescentes en hogares de protección de tiempo completo. 2015 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/4894>
17. Informe 2018 Observatorio de Derechos de Niñez y Adolescencia del Uruguay – Comité de Derechos del Niño Uruguay [Internet]. 2021 [citado 13 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdnuruguay.org.uy/noticias/informe-2018-observatorio-de-derechos-de-ninez-y-adolescencia-del-uruguay/>
18. WHO. *Mental Health Atlas*. 2020.
19. Retamal CM. Salud mental de los niños, niñas y adolescentes en situación de confinamiento. *Anales de la Universidad de Chile*. 14 de octubre de 2020;(17):303-18.
20. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2021;175(11):1142-50.
21. Lloyd, J.; Wait, S. *Integrated care: a guida for policy makers*. Alliance for health and the future, London. 2006;
22. Priore DS. Análisis de las competencias y roles del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. 2021 [citado 20 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30225>
23. Organization WH. *The World Health Report 2008: Primary Health Care : Now More Than Ever*. World Health Organization; 2008. 146 p.
24. CIF: Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
25. Normativa y avisos legales del Uruguay. Ley de Salud Mental. Ley No. 19529 [Internet]. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
26. Ortiz Soto P, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E. La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III): la valoración psicopatológica y estructural del niño. *Rev Pediatr Aten Primaria*. marzo de 2015;17(65):e69-82.

27. Thompson JR, Bradley VJ, Buntinx WHE, Schalock RL, Shogren KA, Snell ME, et al. Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 1 de abril de 2009;47(2):135-46.
28. Perea-Baena JM, Sánchez-Gil LM, Calzado Luengo MJ, Villanueva Calvero E. Apoyo social y Carga de la persona cuidadora en una Unidad de Salud Mental Infantil. *Index de Enfermería*. septiembre de 2009;18(3):166-70.
29. Discapacidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
30. Sainero A, Del Valle JF, Bravo A. Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *analesps*. 25 de abril de 2015;31(2):472.
31. Pecora PJ, Jensen PS, Romanelli LH, Jackson LJ, Ortiz A. Mental Health Services for Children Placed in Foster Care: An Overview of Current Challenges. *Child Welfare*. 2009;88(1):5-26.
32. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones. Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres. Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de Violencia de Género. 2017.
33. Mag. Sol. Scavino Solari. Violencia de género y discapacidad. Análisis de los principales resultados de la 2da Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones en Uruguay. 2020.
34. Mesa-Lago C. *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. OUP Oxford; 2008. 480 p.
35. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina [Internet]. Working Paper; 1997 [citado 11 de septiembre de 2022]. Report No.: 353. Disponible en: <https://www.econstor.eu/handle/10419/87917>
36. Vilaca E. *Las Redes de atención de Salud*. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud, Consejo Nacional de Secretarios de Salud. Brasilia-DF; 2013.
37. WHO. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. 2007;
38. Organization WH. *The World Health Report 2000: Health Systems : Improving Performance*. World Health Organization; 2000. 244 p.
39. Soler J. *Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos*. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud. 2003;
40. Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of Lower Continuity of Care With Greater Risk of Emergency Department Use and Hospitalization in Children. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2001;107(3):524-9.
41. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ*. 16 de mayo de 1992;304(6837):1287-90.
42. Parchman ML, Pugh JA, Noël PH, Larme AC. Continuity of Care, Self-Management Behaviors, and Glucose Control in Patients With Type 2 Diabetes. *Medical Care*. febrero de 2002;40(2):137-44.
43. Ham C, Birmingham UO. *Brief Ing Paper Clinically Integrated Systems: The Next Step in English Health Reform?* 2007.
44. OPS. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. 2010.
45. OECD. *Organization for Economic Co-operation and Development. Improved health system performance through better care coordination*. OECD Health working paper No. 30.; 2007.
46. Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *Int J Integr Care*. 18 de septiembre de 2006;6:e14.
47. OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. 2001.
48. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease: Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*. 26 de febrero de 2000;320(7234):526-7.
49. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med*. 15 de diciembre de 1997;127(12):1097-102.
50. Aibar RC, Aranza A. *La seguridad del paciente: Una dimensión esencial de la calidad asistencial* [Internet]. España: Ministerios de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
51. OMS. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo.*; 2009.
52. Aranza JM, Mira J, Beltrán J. *Calidad Asistencial*. *Neurología* 2003; 18 (Supl 4): 4B-56.; 2003.
53. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Journal of Integrated Care*. 1 de enero de 2011;19(5):5-16.
54. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. marzo de 2009;48(3):254-61.

55. INE. Instituto Nacional de Estadística. Base Niños ENDIS [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=9dd5406d-c3a8-4f30-9b91-9640b589a864&groupId=10181
56. INAU. Manual de Funciones [Internet]. 2018 [citado 8 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/institucional/normativa/item/29-manual-de-funciones>
57. Datos de la Plataforma Integrada de Transparencia y Análisis para la Gestión de la Administración de INAU actualizada al 22 de octubre de 2019.
58. Garrido G. Propuesta para la ampliación de una Sub-unidad de Emergencia Psiquiátrica dentro de la Emergencia Pediátrica del CHPR. 2017.
59. Barreto L, Campodónico I, Paullier AI. Hacia la implementación de un Hospital de Día en Psiquiatría Pediátrica. *Clínica de Psiquiatría Pediátrica*; 2019.
60. López CG, Escudero MB, Montes IMC, Pérez ID. Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 13 de agosto de 2019;36(1):20-30.
61. Huizing E, Reyes Taboada A, Iglesias Ruiz C, Robles Perez C, Madueño Urbano A, Ruz Meroño D, et al. Ambiente Terapéutico en Salud Mental: Análisis de situación y recomendaciones para unidades de hospitalización y comunidades terapéuticas en Andalucía. *Servicio Andaluz de Salud Consejería de Salud*. 2010;
62. Fletcher A, Crowe M, Manuel J, Foulds J. Comparison of patients' and staff's perspectives on the causes of violence and aggression in psychiatric inpatient settings: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2021;28(5):924-39.
63. de la Barra M F, García S R. Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes I: Revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2009;47(3):228-37.
64. Masters K, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson R, et al. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1 de marzo de 2002;41:4S-25S.
65. Sorter M, Chua J, Lamy M, Barzman D, Ryes L, Shekhtman JA. Management of Emotion Dysregulation and Outbursts in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(3):213-26.
66. Kennedy J, Hembry P, Green D, Skuse D, Lewis S. Predictors of change in global psychiatric functioning at an inpatient adolescent psychiatric unit: A decade of experience. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 1 de abril de 2020;25(2):471-82.
67. Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C, et al. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – a prospective study of health gain and costs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(12):1259-67.
68. GOLD J, SHERA D, CLARKSON B. Private Psychiatric Hospitalization of Children: Predictors of Length of Stay. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993;32(1):135-43.
69. Zeshan M, Waqas A, Naveed S, Ghulam H, Manocha P. Factors Predicting Length of Stay in an Adolescent Psychiatric Unit, South Bronx, NY: A Short Report. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2018;27(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896528/>
70. Joarder MAR, Price ADF, Mourshed M. Systematic study of the therapeutic impact of daylight associated with clinical recovery [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Monjur-Mourshed/publication/48354598_Systematic_study_of_the_therapeutic_impact_of_daylight_associated_with_clinical_recovery/links/55f4c12b08ae6a34f660912b/Systematic-study-of-the-therapeutic-impact-of-daylight-associated-with-clinical-recovery.pdf
71. González L, Leopold S, López L, Martinis P. Los sentidos del castigo : el debate uruguayo sobre la responsabilidad en la infracción adolescente [Internet]. Udelar. CSIC : Trilce; 2013 [citado 8 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9500>
72. Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? (2018) *Soc Theory Health* (2018) 16:414–433 <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>
73. Fessler D. El tiempo de la niñez. *Discurso tutelar y criminalidad en Uruguay (1905-1934)*. RH. 1 de julio de 2021;(84):416-41.
74. Méndez EG. PREHISTORIA E HISTORIA DEL CONTROL SOCIO-PENAL DE LA INFANCIA: POLÍTICA JURÍDICA Y DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA. 1991;8.