

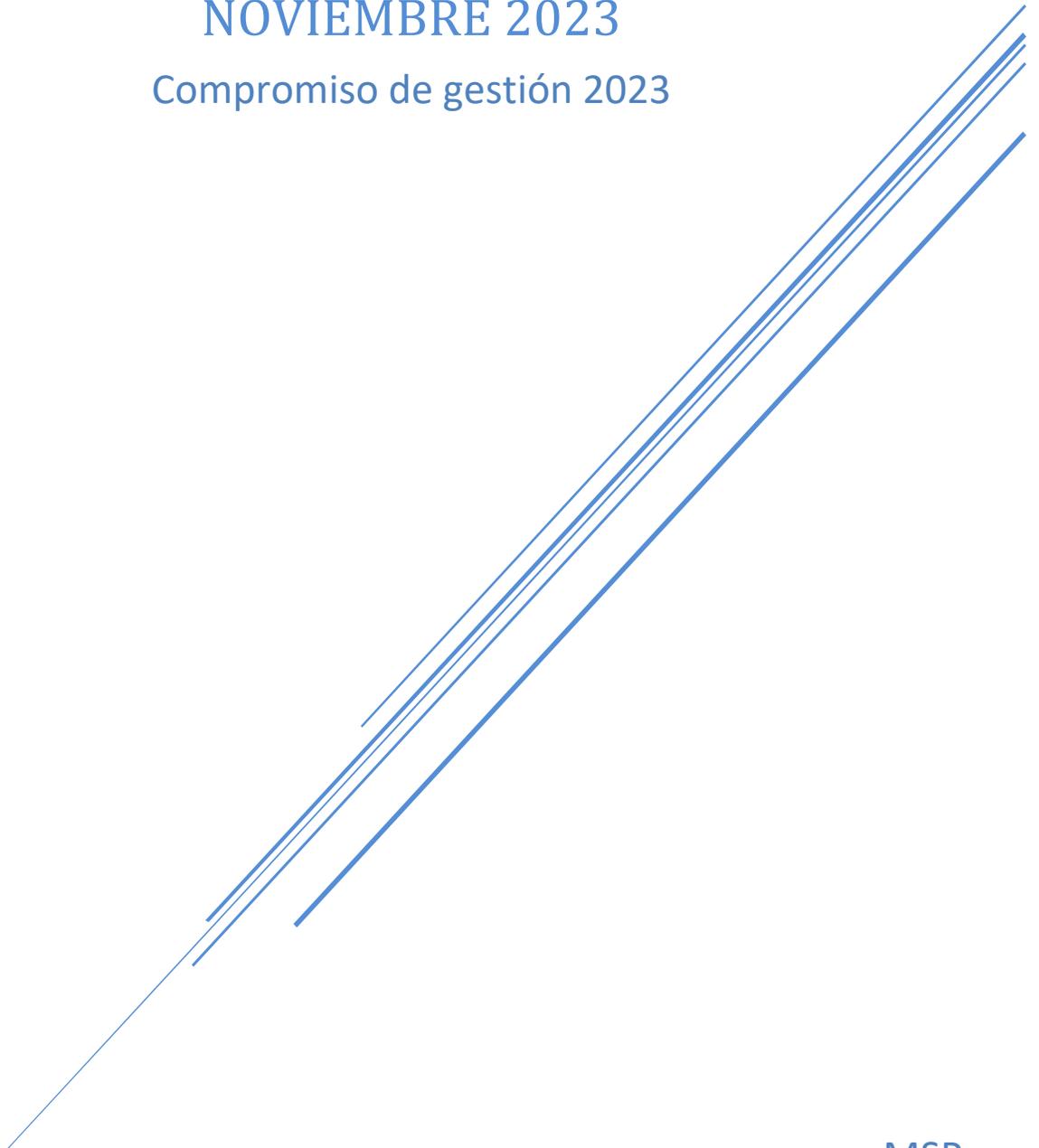


Ministerio  
de Salud Pública

RELEVAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS  
DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS  
PSIQUIÁTRICAS Y CON USO PROBLEMÁTICO  
DE DROGAS.

INFORME FINAL.  
NOVIEMBRE 2023

Compromiso de gestión 2023



MSP  
Dirección General de Coordinación



DE: Dirección General de Coordinación

A: UNIDAD DE COMPROMISOS DE GESTIÓN

FECHA: 20 de octubre de 2023

ASUNTO: HITO 3 | Compromisos de Gestión 2023 | DIGECOOR

Atento al objetivo estratégico *Fortalecer la gestión de las direcciones departamentales de salud (DDS)*, al objetivo específico *Mejorar las capacidades institucionales de las DDS*, a la acción *Crear un registro de establecimientos en el interior del país para usuarios con patologías psiquiátricas*, al hito 3: *Presentar la información obtenida en un informe final y a la fuente documental del hito 3: Documento con la presentación de la información validado por la dirección de DIGECOOR*, esta dirección valida el documento que se adjunta. En dicho documento se presenta la información recolectada en un arduo trabajo de la unidad central de la DIGECOOR y las 19 unidades de trabajo DDS.

Sin otro particular, saludo atentamente

  
Dra. Mariela Anchen  
Directora General de Coordinación



*Directora General de Coordinación:*

Mariela Anché.

*Coordinación general:*

Diego Langone.

*Diseño del relevamiento, coordinación del trabajo de campo y elaboración del informe:*

Robert Berrospe, Marianela Larrosa, Sandra Moresino, Adriana Pintos, Ileana Poloni, Analía Segovia, Diego Soria, Graciela Zunino.



## Contenido

Presentación .....	5
Capítulo 1 .....	7
Introducción. Marco general .....	7
Antecedentes .....	7
Justificación.....	10
Descripción del problema.....	11
Objetivo general .....	11
Objetivos específicos .....	12
Capítulo 2 .....	13
Marco conceptual .....	13
Reglamentación de la ley .....	14
Dispositivos integrantes de la Red de Atención de Salud Mental .....	20
Población adulta .....	21
Población niños, niñas y adolescentes.....	21
Capítulo 3 .....	22
Metodología .....	22
Capítulo 4 .....	26
Presentación de los datos.....	26
Capítulo 5 .....	43
Recomendaciones y conclusiones.....	43
Referencias bibliográficas .....	46



Anexo 1: GLOSARIO PARA EL RELEVAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS .....	47
Anexo 2: PAUTA Y REFERENCIAS PARA EL LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS POR DEPARTAMENTO.....	53
Anexo 3: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN A LA LISTA DE DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS PSIQUIÁTRICOS Y UPD .....	56
Anexo 4: INSTRUCTIVO GUÍA PARA APLICAR EL FORMULARIO DE RELEVAMIENTO .....	60
Anexo 5: PRESENTACIÓN A DDS.....	69
Anexo 6: PAUTA PARA EL DISEÑO DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LAS DDS.....	73
Anexo 7: PAUTA PARA LA CRÍTICA DE LOS FORMULARIOS OBTENIDOS EN EL MARCO DEL COMPROMISO DE GESTIÓN 2023 .....	76
Anexo 8: Resumen de datos del relevamiento ampliado .....	82



## Presentación

La Dirección General de Coordinación (DIGECOOR), unidad de trabajo «equipo Digecoor», definió su compromiso de gestión 2023 según el objetivo estratégico «Fortalecer la gestión de las direcciones departamentales de salud» y, en particular, en el objetivo específico «Mejorar el conocimiento y diagnóstico de la situación de salud a nivel departamental y local». Así, se propuso como acción la creación de un registro de establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas (EP) y una meta desagregada en tres hitos:

Hito 1: Diseño del relevamiento para establecimientos de usuarios con patologías psiquiátricas.

Hito 2: Redactar un instructivo-guía para la aplicación de la herramienta de relevamiento de establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas y establecer una mesa de ayuda para contestar consultas.

Hito 3: Presentar la información obtenida en un informe final.

Esta propuesta se diseñó en el marco de las prioridades en materia de salud mental y de la implementación de la ley n.º 19.529, Ley de Salud Mental. <sup>(1)</sup> Esta ley introduce cambios sustanciales en el modelo de atención a la salud mental. Se plantea la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación con un modelo de abordaje multidisciplinario centrado en la comunidad y en los derechos humanos, con responsabilidades institucionales y una red de cuidados que actúe en forma coordinada y promueva la autonomía, donde la internación solamente ocurra cuando aporte mayores beneficios.

Uno de los aspectos sustanciales de la nueva ley es la prohibición de crear nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, y la obligación de que los ya existentes adapten su funcionamiento hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Tanto en la ley como en su reglamentación está pendiente la definición y funcionamiento de establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas. La ausencia de normativa específica, la existencia de bases de datos paralelas y no interoperables fundamentan la necesidad de contar con información actualizada, completa y consolidada para avanzar en la implementación de la Ley de Salud Mental.

Este informe final da cuenta del hito 3 del compromiso de gestión 2023 de DIGECOOR central y se estructura en varios capítulos. En el primero se hace una introducción al marco general



en el que se detallan antecedentes, justificación de la propuesta, descripción del problema, objetivo general y específicos. En el siguiente se plantea el marco conceptual en el que se inscribe la propuesta de trabajo tomando como ejes la Ley de Salud Mental <sup>(1)</sup> y el Plan Nacional de Salud Mental. <sup>(2)</sup> A continuación, se describe la metodología empleada y los instrumentos desarrollados para llevarla adelante. La presentación de los datos se hace en el capítulo 4 en el que se muestran y comentan datos relativos a cobertura, EP y UPD por departamento, tipos de dispositivos, modalidades de intervención, población usuaria, recursos humanos y tipo de actividades que se desarrollan. En el capítulo 5 se reseñan algunas recomendaciones y conclusiones que surgen de este primer estudio. Como es habitual se dedica un apartado a las referencias bibliográficas y se incluyen anexos con instrumentos metodológicos.



## Capítulo 1

### Introducción. Marco general

#### Antecedentes

Desde 1986, instituciones académicas, sociedades científicas, grupos de familiares, usuarios y diferentes actores de la sociedad han elaborado y propuesto un programa nacional de salud mental para nuestro país. Hasta agosto de 2017 estuvo vigente la Ley n.º 9.581<sup>(3)</sup> sancionada en 1936 que regulaba el funcionamiento de los establecimientos psiquiátricos. El artículo 1 de esta ley estableció que “todo enfermo psíquico” recibiera asistencia médica y pudiera ser atendido, en su domicilio privado o en otra casa particular, en un establecimiento psiquiátrico privado u oficial.

Por el artículo 4 de la misma ley se definió establecimiento psiquiátrico como

(...) todo sanatorio o casa de salud sostenido por particulares o sociedades (laica o religiosa) donde se asista más de un psicópata. Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión.

Inmediatamente, el artículo 5 hacía referencia a que una vez que la Facultad de Medicina reglamentara la especialización en psiquiatría, la dirección de los establecimientos debía estar a cargo de psiquiatra. El artículo 9 estableció que “la asistencia oficial de psicópatas” se realizara en dispensarios psiquiátricos, hospitales psiquiátricos, asilos, colonias y servicios especializados, asistencia familiar. Los establecimientos psiquiátricos oficiales debían tener un servicio abierto y un servicio cerrado. Los abiertos dedicados “a la asistencia de enfermos neuróticos o psíquicos” que ingresaran voluntariamente, y a los “enfermos psíquicos ingresados por indicación médica”; los cerrados dedicados “a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden policial o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales” (Artículo 10).

En enero de 1949 se promulgó la Ley n.º 11.139<sup>(4)</sup> para la creación del Patronato del Psicópata. En la década de los ochenta se creó el primer Programa Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública y se conformó una Comisión Nacional de Salud Mental. El primer Plan Nacional de Salud Mental se originó en 1986.<sup>(2)</sup>



La Ley n.º 9.581 fue derogada por la Ley n.º 19.529, Ley de Salud Mental, publicada en setiembre 2017.<sup>(1)</sup> Hasta entonces funcionó la Inspección General de Asistencia al Psicópata en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Las atribuciones del Inspector General de Psicópatas se señalan en los artículos 39 a 41 de la Ley n.º 9.581. Se estableció que sus funciones eran incompatibles con la asistencia profesional privada y la dirección de establecimientos particulares, y su cometido principal, la inspección general y vigilancia de la “asistencia oficial y particular de los psicópatas de todo el país, así como de todos los cometidos de la higiene mental”. También se estableció, entre otras, que debía formar un registro nacional de psicópatas, hacer visitas e inspecciones una vez cada tres meses, advertir y sancionar a médicos y direcciones de establecimientos, informar las solicitudes de apertura de establecimientos y sus proyectos de reglamentación interna, “dar cuenta a la justicia ordinaria en los casos de despojo, secuestro arbitrario e internamientos indebidos de psicópatas”, y «vigilar y reglamentar las organizaciones públicas o privadas de asistencia familiar y propiciar la organización de patronatos para la protección de los enfermos que salgan de los establecimientos psiquiátricos», entre otras.

La nueva Ley de Salud Mental introduce cambios sustanciales en el modelo de atención a la salud mental. En efecto, se plantea la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación con un modelo de abordaje multidisciplinario, con responsabilidades interinstitucionales, centrado en la comunidad, con una red de cuidados que actúe en forma coordinada promoviendo la autonomía, con internaciones solamente cuando aporte mayores beneficios, privilegiando la defensa de los DDHH de las personas. También establece un principio de abordaje a los problemas de salud mental desde una alternativa menos restrictiva. Todas las personas con trastornos mentales deberían recibir atención comunitaria, excepto en circunstancias excepcionales, es decir, si existen riesgos contra sí mismo, o contra terceros, o si el tratamiento sólo puede ser administrado en una institución. La Ley establece también que compete al Ministerio de Salud Pública (MSP) su aplicación, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud.<sup>(5)</sup>

Desde la promulgación de la Ley en 2017, el Departamento de Registro de Prestadores de la Dirección General de la Salud (DIGESA) comenzó el seguimiento y generó una base de datos a nivel nacional que incluye residenciales y clínicas a partir de registros oficiales (denuncias



recibidas por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), denuncias de familiares o particulares, informes de inspecciones del MIDES, solicitudes de informes de juzgados y expedientes de establecimientos con trámite de habilitación anteriores al año 2017). Esta base no incluye al universo de establecimientos psiquiátricos.

La información que releva el Departamento de Registro de Prestadores se procesa en el marco de una matriz de riesgo con estas variables: datos generales del establecimiento, valoración de la estructura, censo de residentes (nombre y apellido, C.I., fecha de nacimiento, diagnóstico, prestador de salud), calidad de los registros (cuaderno de novedades, historia clínica, planilla de medicamentos), evaluación de la gestión de medicamentos (almacenado y suministro).

La recientemente creada Dirección General de Fiscalización (DIGEFI) inspecciona los establecimientos ubicados en la ciudad de Montevideo. En el interior del país las inspecciones siguen a cargo de las direcciones departamentales de Salud (DDS).

En lo que refiere a aspectos reglamentarios para el funcionamiento y habilitación de los establecimientos cabe señalar que el Decreto n.º 60/2016, <sup>(6)</sup> que reglamenta los procedimientos de habilitación de servicios de salud, no incluye a los establecimientos psiquiátricos. A la vez y como se vio anteriormente, la Ley de Salud Mental establece la prohibición de crear nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, por lo que, evidentemente, no se expidieron habilitaciones para ellos. Además, la Ley establece la obligación de que los establecimientos ya existentes adapten su funcionamiento hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Estas estructuras alternativas que prevé la Ley de Salud Mental no están definidas y menos aún reglamentadas. El artículo 16 dice que

El Ministerio de Salud Pública definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios, establecerá las competencias de cada uno de ellos y asegurará los mecanismos de referencia y contra-referencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

El artículo 22 habla de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos severos y persistentes, pero no especifica mucho más. El artículo 26 señala distintos tipos de hospitalización: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.



A mediados de 2020, la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) procesó la demanda formulada por el MSP sobre información actualizada de los establecimientos psiquiátricos. En este sentido, se diseñó y envió un formulario de consulta a todas las DDS. Fruto de este proceso se obtuvo una base de datos que contiene las siguientes variables: Localidad, Titular (nombre y apellido), Dirección técnica (nombre y apellido), Cantidad de residentes en el establecimiento, Fecha de nacimiento de cada residente, Capacidad total (residentes), Cantidad de recursos humanos, Cantidad de recursos humanos según tarea/profesión, Teléfono de contacto del establecimiento, Correo de contacto, Dirección física, Estado de habilitación del establecimiento, Fecha de habilitación o inicio del proceso de habilitación, Otros datos. Se hizo también un segundo relevamiento en 2021. De los datos aportados por todas las DDS en 2020, se obtuvieron datos de 59 establecimientos, concentrados territorialmente en San José (18) y Canelones (16). En 2021 el dato obtenido prácticamente duplicó la cifra del 2020, seguramente debido a la consideración de otros dispositivos.

### **Justificación**

El marco de antecedentes descrito justifica el desarrollo de un proyecto que, de acuerdo con el cometido principal del Ministerio de Salud Pública, contribuya al mejoramiento de la salud de la población elaborando las políticas de promoción de salud y prevención, normalizando y regulando el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios rectores de universalidad, equidad, calidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia. Esto supone, entre otras cosas, analizar la situación de salud de la población relevando la información clínico epidemiológica, instrumentando y manteniendo actualizado el Sistema Nacional de Información y vigilancia en salud, y la producción de estadísticas sectoriales.

Ello es posible si se planifican las políticas de salud utilizando la información analizada, los problemas prioritarios detectados y los distintos agentes vinculados al sector salud del país, y si se normatizan los aspectos relacionados con la salud de la población y el funcionamiento del sector para facilitar, mediante el marco legal establecido, el desarrollo efectivo de los planes y el funcionamiento del sistema. Se apunta, como proyecto de fondo, el diseño y desarrollo de una base de datos de establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas lo que permitirá obtener información actualizada y en función de los nuevos requerimientos del marco

normativo y de la atención a la salud mental. En una primera etapa es necesario relevar el universo existente y sus principales características.

Tanto los beneficiarios directos del proyecto (responsables y personal de establecimientos psiquiátricos, área programática en salud mental, División Servicios de Salud, otras unidades organizativas del MSP, Comisión Nacional de Contralor de la Salud Mental) como los indirectos (residentes en establecimientos psiquiátricos, familias y entornos de residentes en establecimientos psiquiátricos, direcciones departamentales de Salud, contarán con información para el mejor cumplimiento de sus cometidos en lo que hace a sus funciones de rectoría, vigilancia, fiscalización y a la elaboración de diagnósticos de salud de la población.

### **Descripción del problema**

Básicamente, según lo que se ha señalado en las secciones anteriores, los elementos que configuran la descripción del problema a abordar son:

- Inexistencia de marco normativo específico que hace que se apliquen por analogía normas pensadas para otros tipos de establecimientos (como los ELEPEM, por ejemplo).
- Existencia de bases de datos paralelas, no universales y con distintas variables y/o distintas categorías en una misma variable, lo que dificulta la interoperabilidad y consolidación de datos.
- Necesidad de diseñar una base de datos fiable con los requerimientos según la nueva normativa y con una estructura de funcionamiento que permita la actualización permanente.
- Necesidad de contar con una herramienta fiable, actualizada, que permita dar respuesta a diversos pedidos de información y evitar la remisión a otras unidades organizativas que enlentecen el proceso de respuesta, sea por la propia capacidad de respuesta de la unidad organizativa consultada, sea por el tipo de información que se obtiene.

### **Objetivo general**

- Mejorar el conocimiento y diagnóstico de la situación de salud a nivel departamental y local en materia de establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas y con uso problemático de drogas (UPD) y en el marco de la nueva ley de Salud Mental.



### Objetivos específicos

- Diseñar y desarrollar un relevamiento nacional de establecimientos de usuarios con patologías psiquiátricas y con uso problemático de drogas (UPD).
- Diseñar una base de información fiable y sistematizada de establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas y con uso problemático de drogas (UPD) como insumo para la implementación de la Ley n.º 19529.



## Capítulo 2

### Marco conceptual

Los artículos 7 y 8 de la Ley de Salud Mental <sup>(1)</sup> establecen que «compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados» y la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental. Respecto de esto último en 2018 el MSP promovió un intenso trabajo que articuló saberes y experiencias de distintos actores para la elaboración del plan para el período 2020-2027. Este plan parte de considerar

(...) que la salud mental es inseparable de la salud en sentido general y que esta es un bien público socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por todos y garantizado por el Estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, afirmado por la cultura solidaria y ajeno a toda forma de discriminación o estigma. <sup>(2)</sup>

El artículo 37 de la mencionada ley impulsa la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, sustituidas por un sistema de estructuras alternativas tales como centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

El artículo 38 establece la prohibición de crear nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, y la obligación de que los ya existentes adapten su funcionamiento hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. También prohíbe la internación de personas en los establecimientos asilares existentes. El cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes no podrá exceder temporalmente el año 2025.



Según los artículos 39 a 41 se crean la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de controlar el cumplimiento de la ley. El artículo 42 establece que para su efectiva ejecución ese ámbito contará con el apoyo de las direcciones departamentales de Salud (DDS) del Ministerio de Salud Pública, que dependen de la Dirección General de Coordinación.

### **Reglamentación de la ley**

El proceso de reglamentación de la Ley de Salud Mental es de carácter gradual. Así lo establece el Considerando II de Decreto n.º 226, <sup>(7)</sup> que reglamenta los deberes de notificación previstos en la Ley n.º 19.529. El artículo 1 del decreto establece que cuando la hospitalización, voluntaria o involuntaria, supere los 45 días corridos, el prestador de salud a cargo de la atención debe notificar dentro de las 72 horas del plazo referido a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH), los datos del usuario, el tipo de hospitalización y el resumen de la historia clínica, entre otros. Según el artículo 3, cuando se da el alta a quien fue hospitalizado por orden judicial, el prestador debe notificar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente<sup>1</sup>. Asimismo, si la hospitalización dispuesta judicialmente recae en niñas, niños o adolescentes, el prestador debe notificar dentro de las 24 horas a la Comisión y a la INDDHH<sup>2</sup>.

El artículo 5 del Decreto 226 faculta a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental a acceder sin restricciones a toda la información sobre el proceso asistencial, a solicitar a los prestadores las historias clínicas y a los establecimientos los registros internos, a acceder sin restricciones a todos los lugares de hospitalización y residencia, entre otras facultades. Por el artículo 6 la Comisión elevará al MSP las actuaciones para las sanciones por incumplimiento de la ley y/o del decreto, y deberá presentar ante ese ministerio «un informe anual con evaluaciones, recomendaciones, propuestas, opiniones, estudios y relatorías que entienda pertinente».

---

<sup>1</sup> Ver art. 33 Ley 19529.

<sup>2</sup> Ver art. 34 ley 19529.



El artículo 8 del Decreto 226, sobre descentralización, establece el tipo de apoyo que las DDS deben dar a la Comisión -obligación establecida en el art 42 de la ley 19529. Las DDS «prestarán apoyo material y de recursos humanos» siempre que la Comisión lo requiera.

Existe otro decreto reglamentario de la Ley n.º 19.529. Se trata del Decreto 331 del 11 de noviembre de 2019 <sup>(8)</sup> que reglamenta específicamente el artículo 11 de la ley. Este artículo 11 señala que:

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo.<sup>(8)</sup>

El decreto 331 establece que la coordinación se instale mediante la Comisión Intersectorial en Salud Mental dentro del Consejo Nacional de Políticas Sociales. El artículo 3 crea, además, la Comisión Asesora en Salud Mental (que asesorará a la comisión intersectorial) y estará integrada por:

2 representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá, 2 delegados de organizaciones de usuarios, 2 delegados de organizaciones de familiares, 3 delegados de instituciones académicas, 3 delegados del PIT-CNT, 3 delegados de organizaciones no gubernamentales vinculadas a temáticas de salud mental, 1 representante de la Institución Nacional de Derechos Humanos y, Defensoría del Pueblo, 1 representante de la Fiscalía General de la Nación, 1 representante del Poder Judicial, 1 representante de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. <sup>(8)</sup>

El Plan Nacional de Salud Mental <sup>(2)</sup> define salud mental como el

(...) estado de bienestar en el cual la persona, consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (...) el marco general de la salud mental es promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos, comunidades y sociedades con el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar. La salud mental es una

experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental.

El Plan señala la coexistencia de tres modelos de atención de la salud mental: asilar, hospitalocéntrico y comunitario, este último con escaso desarrollo, en especial, en el subsector privado.

Existen sí múltiples experiencias con diferentes estructuras y modalidades sin articulación y complementación limitada. A nivel comunitario se pueden encontrar entonces equipos especializados, psicólogos de área, consulta de psiquiatría y psicología, comités de recepción para recibir psicoterapia y escasos servicios comunitarios de mediana o larga estadía alternativos a la internación, todos ellos como se mencionaba anteriormente con una insuficiente coordinación, superposición de recursos y baja eficiencia. La complementación público-privada, fundamentalmente para las regiones más alejadas de la capital, donde el capital humano es escaso, aún es muy incipiente.<sup>(2)</sup>

En el marco de la desinstitucionalización («desmanicomialización») el Plan propone trabajar en un Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental, en el entendido que la salud mental «está inmersa y participa de la realidad comunitaria y de su complejidad» y que el cierre de estructuras asilares y monovalentes requerirá de un conjunto de dispositivos alternativos «comunitarios, de calidad adecuada y accesible».

Este modelo se centra en la inclusión sociocomunitaria de las personas y busca proveer de las condiciones que contribuyan al pleno ejercicio de los derechos y bienestar socioemocional (...) se reconoce a las personas como parte de un grupo de pertenencia (familia u otro) y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización y continuidad de cuidados.<sup>(1, 2)</sup>

Las estructuras monovalentes son aquellos establecimientos destinados a prestar servicios de salud en una sola especialidad (la salud mental), mientras que las asilares son

(...) instituciones custodiales, cerradas, inspiradas en un modelo ampliamente superado de "tratamiento psiquiátrico", que se basaba en la reeducación del paciente mediante el "tratamiento moral". Para ello, la institución (que se construía en las afueras de las ciudades) debía promover el aislamiento total, con alejamiento del ambiente patológico y establecimiento de un orden social interno, jerarquizado y clasista.<sup>(2)</sup>

En la Ley de Salud Mental, y en forma consecuente, en el Plan, se entiende por estructuras alternativas, entre otras:

(...) los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.<sup>(1)</sup>

En la literatura sobre el tema se pueden encontrar distintos tipos de servicios y modalidades para la atención en salud mental. Según el *Atlas de Salud Mental de las Américas de 2017*, y su actualización de 2020, se identifican *servicios de atención hospitalaria, atención ambulatoria, continuidad de la atención después del alta hospitalaria, prevalencia de tratamiento, apoyo social*.<sup>(9, 13)</sup>

La atención hospitalaria se compone de hospitales psiquiátricos y de servicios de psiquiatría en los hospitales generales. Los hospitales psiquiátricos tienen un nivel de especialización variable, prestan servicios de internación y residenciales de larga estadía para personas con trastornos mentales. Los servicios de psiquiatría en hospitales generales son «unidades que proveen servicios de hospitalización y atención de problemas agudos de salud mental en un hospital general, por un tiempo limitados...».<sup>(9)</sup> En atlas anteriores de la Organización Mundial de la Salud se habla de *sala de psiquiatría de un hospital general, hospital mental y Unidad comunitaria de hospitalización psiquiátrica*.

La sala de psiquiatría es una sala dentro de un hospital general que está reservada para la atención de personas con trastornos mentales.<sup>(10)</sup> El *Hospital mental* es un establecimiento hospitalario especializado que ofrece atención en régimen de internamiento y servicios residenciales de larga duración para personas con trastornos mentales graves. Por lo general, estos centros son independientes y autónomos, aunque pueden tener algunos vínculos con el resto del sistema de salud. El nivel de especialización varía considerablemente; en algunos casos solo se ofrecen servicios de internamiento a largo plazo, y en otros se prestan también servicios especializados de corta duración.<sup>(10)</sup> La *Unidad comunitaria de hospitalización psiquiátrica* ofrece hospitalización para el tratamiento de trastornos mentales dentro de un



centro comunitario. Suelen estar ubicadas dentro de hospitales generales, pero en ocasiones se proporcionan algunas camas como parte de un centro comunitario. Las camas comunitarias son para atender a usuarios con problemas agudos, con estancias cortas (de semanas a meses).<sup>(11)</sup>

En el Atlas 2017 se divide la atención ambulatoria en dispositivos residenciales y establecimientos o dispositivos de tratamiento diurno de salud mental. Los dispositivos residenciales están basados en la comunidad y proporcionan residencia nocturna para personas «relativamente estables que no requieren intervenciones médicas intensivas, y que requieren un manejo social y clínico de sus problemas de salud mental».<sup>(9, 13)</sup> En cambio, en los dispositivos de tratamiento diurno se presta asistencia y se hacen actividades de promoción y prevención durante el día.

En consonancia con los servicios de atención ambulatoria del Atlas 2017 y recurriendo una vez más a documentos de OPS/OMS,<sup>(10)</sup> se definen:

- a) centros ambulatorios de salud mental, como instalaciones que se centran específicamente en el manejo de los trastornos mentales y los problemas clínicos relacionados de forma ambulatoria. Estos centros cuentan con personal sanitario específicamente formado en salud mental;
- b) centros diurnos de salud mental, como instalaciones que brindan atención a los usuarios durante el día. Las instalaciones suelen estar disponibles para grupos de usuarios al mismo tiempo y esperan que los usuarios permanezcan en las instalaciones más allá de los períodos durante los cuales tienen contacto presencial con el personal y/o participan en actividades terapéuticas. La asistencia suele durar de medio a un día completo (4 - 8 horas), durante uno o más días de la semana;
- c) centros residenciales comunitarios, como instalaciones comunitarias no hospitalarias de salud mental que ofrecen residencia nocturna a personas con trastornos mentales. Por lo general, estos centros atienden a usuarios con trastornos mentales relativamente estables que no requieren intervenciones médicas intensivas.



La continuidad de la atención después del alta hospitalaria y la prevalencia del tratamiento son, más que servicios o modalidades, indicadores de la gestión en materia de salud mental. En el primer caso y en general en la región, el indicador mide la cantidad de pacientes dados de alta con seguimiento durante el mes posterior. En el segundo caso, se mide la proporción de personas con trastornos mentales que atiende el sistema de salud mental.

El apoyo social se define como «una gama de relaciones interpersonales o conexiones que tienen un impacto en el funcionamiento del individuo, y que incluye el apoyo brindado por personas y por instituciones sociales». <sup>(9)</sup>

Otros dispositivos de atención a la salud mental tienen que ver con las unidades forenses, los servicios comunitarios de salud mental, los servicios asertivos y las instalaciones psiquiátricas con seguridad física.

En las unidades forenses se atiende a personas con trastornos mentales que han entrado en contacto con el sistema de justicia penal. También se les llama unidades de seguridad u hospitales especiales. <sup>(11)</sup>

Los servicios comunitarios de salud mental hacen atención secundaria o especializada (atención que no puede brindar un médico de nivel primario). En su forma más básica, pueden ser un consultorio privado o, más a menudo, una clínica ambulatoria (policlínica) para evaluar y tratar enfermedades mentales por parte de un profesional de salud mental capacitado (psiquiatra o psicólogo). También la atención la puede prestar un equipo multidisciplinario (equipo comunitario de salud mental) formado por psiquiatras, enfermeras de salud mental y, a menudo, psicólogos y trabajadores sociales. Suelen atender a los habitantes de una zona de influencia claramente definida (por ejemplo, un municipio o una ciudad). La atención se ofrece en diversos entornos (como clínicas, a domicilio y centros diurnos). Una estructura alterna es el centro comunitario de salud mental, en el que varios equipos de trabajo ofrecen una serie de servicios, entre ellos la evaluación y la atención fuera del hospital. <sup>(11)</sup>

Los servicios asertivos son servicios comunitarios que trabajan de forma intensiva durante un periodo de tiempo con personas con necesidades mentales complejas, abordando sus necesidades de salud mental, física y social. <sup>(11)</sup>

Las instalaciones psiquiátricas con seguridad física son establecimientos seguros de salud mental que ofrecen alojamiento, tratamiento y apoyo a las personas con graves problemas de salud mental que suponen un riesgo para el público. En esta categoría se encuentran los servicios forenses de salud mental, instalaciones que trabajan sobre todo con personas que han sido encarceladas o internadas directamente en un hospital tras haber cometido un delito.  
(12)

### **Dispositivos integrantes de la Red de Atención de Salud Mental**

El 7 de noviembre de 2019, el Ministerio de Salud Pública por Ordenanza n.º 1488 aprobó el listado de dispositivos integrantes de la Red de Atención de Salud Mental. (14) Esta ordenanza se instala en el marco de seguir avanzando, en forma gradual, en el proceso de implementación de la Ley de Salud Mental ya que se hace necesario definir una red de estructuras básicas con un abordaje interdisciplinario e intersectorial acorde a lo que requiera situación. A la vez, la ordenanza señala que se entiende pertinente trabajar en conjunto con los prestadores de salud a los efectos de elaborar planes para la adecuación y sustitución de los servicios existentes en los plazos y metas que marca la Ley.

Esta red de estructuras básicas se configura a partir de una serie de principios:

- a) Situar el núcleo del sistema de atención en la persona en la comunidad, favoreciendo la accesibilidad de usuarios/as a los servicios de salud.
- b) Priorizar la atención ambulatoria en el entorno de vida habitual de las personas.
- c) Diseñar con la persona y su familia o con quienes la persona designe, un plan de tratamiento individualizado.
- d) Implementar indicadores de evaluación y monitoreo de todo el proceso terapéutico de la persona y su entorno.
- e) Diversificar la oferta asistencial adaptándola a las personas, familias y comunidades.
- f) Desarrollar dispositivos específicos para la atención de niñas/os y adolescentes.
- g) Conformar equipos interdisciplinarios en todos los niveles de atención.
- h) Promover la formación continua de los equipos que integren los dispositivos.
- i) Tender a realizar las hospitalizaciones en el hospital general.
- j) Asegurar la eficiente integración de los servicios en la red.



Los dispositivos que integran la red se dividen para población adulta y para niñas/as y adolescentes. En cada caso existen en Unidades en Territorio, Unidades de Hospitalización y Dispositivos de Inclusión Social. A la vez, cada una de estas dimensiones agrupa diferentes dispositivos:

**Población adulta**

Unidades en Territorio: Equipo básico del primer nivel de atención, Equipo Especializado de Salud Mental, Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial, Casa de Medio Camino, Centro de Acogida, Dispositivos de Atención Móvil.

Unidades de Hospitalización: Atención en Servicio de Emergencia para la Salud Mental en Hospital General, Unidad de Corta Estadía, Unidad de Mediana Estadía, Hospitalización Diurna, Hospitalización Domiciliaria.

Dispositivos de Inclusión Social: Residencia Asistida, Hogares Protegidos, Viviendas Supervisadas, Centro de Inclusión Laboral, Centro para la Inclusión Educativa.

**Población niños, niñas y adolescentes**

Unidades en Territorio: Equipo Especializado de Salud Mental, Equipo de Habilitación/Rehabilitación para las Dificultades de Desarrollo, Aprendizaje, Problemas Emocionales y Comportamentales, Centro Diurno de Habilitación/Rehabilitación.

Unidades de Hospitalización: Atención en Servicio de Emergencia en Hospital Pediátrico u Hospital General, Unidad de Corta Estadía, Hospitalización Diurna.



## Capítulo 3

### Metodología

Se implementó un estudio cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo-analítico y corte transversal, con diseño y sistematización de variables de relevamiento y revisión documental. Las actividades se llevaron a cabo acorde con la planificación establecida para cada hito de la meta de compromiso de gestión. El diseño de la meta de DIGECOOR central se pensó vinculado con las metas de compromisos de gestión de las DDS, por lo que también hubo que considerar entonces los hitos de estas últimas metas. Los períodos se contemplan englobando los establecidos para cada hito. Cabe señalar que el plan de trabajo elaborado contó con instancias de socialización, discusión y revisión de la metodología empleada y de los instrumentos generados.

#### Enero-abril 2023

HITO 1 (DIGECOOR): DISEÑO DEL RELEVAMIENTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS.

HITO 1 (DDS): IDENTIFICAR Y LISTAR LOS ESTABLECIMIENTOS DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS EN EL DEPARTAMENTO.

En este período, y como instrumento necesario para uniformizar en los equipos de la DIGECOOR y de las DDS, se desarrolló un glosario para uniformizar la conceptualización sobre los dispositivos de la red de atención en salud mental. Se diseñó un glosario ampliado y un glosario específico para las DDS (Anexo 1), que fue compartido y mejorado a partir de reuniones de trabajo con referentes calificados, tales como dirección y equipo técnico del Programa de Salud Mental del MSP. Los dispositivos a relevar se identificaron como establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas (EP) y para usuarios con uso problemático de drogas (UPD). Desde el inicio del proceso se habilitó una dirección de correo electrónico para recibir y enviar información exclusiva sobre el compromiso de gestión y para recibir y responder consultas (mesa de ayuda).



Con la información disponible de diversas fuentes se elaboró un listado preliminar de EP y UPD por departamento. Este listado fue depurado para eliminar, por ejemplo, duplicaciones, constituyéndose así en el insumo a enviar a las DDS para verificar existencia, completar datos faltantes y, eventualmente, agregar los EP no considerados en el listado preliminar. Se elaboró y envió a las DDS una pauta para la identificación de establecimientos (Anexo 2), un documento con los criterios de inclusión y exclusión de EP y UPD para el relevamiento (Anexo 3) y el listado preliminar con los EP y UPD asignados por departamento.

Dada la heterogeneidad en la cantidad de EP y UPD por departamento, para lograr un equilibrio en la carga de trabajo se desarrolló una propuesta de distribución por DDS y por departamento con base en estos criterios:

- la relación entre cantidad de personal de cada DDS y cantidad de EP y UPD en el departamento.
- el equilibrio en la asignación a cada DDS, con un ratio de 0.5 aproximadamente.
- la coordinación del relevamiento de las unidades en prestadores públicos y privados de cada departamento a cargo de la DDS de ese departamento.
- en los casos en que se asignase a una DDS la coordinación del relevamiento de EP y UPD de otro departamento, estos deberían ser reconocidos y localizables vía telefónica o correo electrónico.

Como resultado de la intervención de las DDS se obtuvieron 19 listados de EP y UPD, uno por cada departamento, que tuvieron una nueva etapa de revisión en DIGECOOR central. Así se notaron establecimientos cerrados y establecimientos nuevos o no existentes en el listado preliminar enviado. Todo ello se consolidó en una nueva versión de los listados preliminares, ahora en su versión final. En forma concomitante, se realizaron en *Google Forms* los ajustes correspondientes (alta de EP y UPD, eliminación de establecimientos cerrados).

Se elaboró el insumo para la virtualización del formulario del relevamiento (tipos de variables, valores, categorías, navegación) y con base en este insumo, una vez validado con referentes calificados, se traspuso a un formulario de *Google Forms*.



## Abril-Mayo

**HITO 2 (DIGECOOR):** REDACTAR UN INSTRUMENTO GUÍA PARA LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE RELEVAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PARA USUARIOS CON PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS Y ESTABLECER UNA MESA DE AYUDA PARA CONTESTAR CONSULTAS.

**HITO 2 (DDS):** COORDINAR EL RELEVAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA USUARIOS CON PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS, ASIGNADOS POR DIGECOOR.

Tras una etapa de testeo de prueba en distintos escenarios, se logró una versión final del formulario de relevamiento y se definieron e informaron los permisos de acceso. Finalmente se redactó y validó el instructivo para completar el formulario (Anexo 4). Paralelamente se definió la instalación de una mesa de ayuda, mediante correo electrónico diferenciado, para recibir y responder consultas. A esta mesa de ayuda, además de funcionarias de la DIGECOOR adscriptas al hito 2, se sumaron funcionarias de las DDS Florida y Flores en razón de continuar con el equilibrio en la asignación de la coordinación del relevamiento por departamento. A la vez, se instalaron mesas de ayuda en cada departamento integradas, en su mayoría, por dos funcionarios de cada DDS.

Se llevaron adelante cuatro instancias de capacitación vía zoom con las DDS para presentar el formulario de relevamiento y su instructivo, el funcionamiento de la mesa de ayuda central y de las mesas departamentales, la pauta de plan de trabajo, plazos de entrega de planes y período para llevar adelante la coordinación del relevamiento. En el Anexo 5 se muestran las diapositivas utilizadas en estas instancias de capacitación de las que participaron, según la organización preestablecida, Montevideo, Artigas, Salto, Tacuarembó, Río Negro, Soriano y Maldonado; Paysandú, Rivera, Cerro Largo, Treinta y Tres, Lavalleja, Rocha, Flores y Florida; Canelones; Sana José y Colonia. Se diseñó una pauta para elaboración de planes de trabajo de las DDS como forma de colaborar en el cumplimiento del hito 2 de las DDS (Anexo 6).

A través de las mesas de ayuda se mantuvo contactos frecuentes con cada DDS para monitorear la realización de los planes de trabajo del relevamiento y responder consultas, que tuvieron fecha de entrega 15 de junio de 2023. El período para llevar adelante el relevamiento se estableció entre el 16 de junio y el 15 de agosto de 2023.



## Junio-octubre

HITO 3 (DIGECOOR): PRESENTAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN UN INFORME FINAL

HITO 3 (DDS): REALIZAR LA CRÍTICA DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA EN EL RELEVAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS CORRESPONDIENTES AL HITO 2.

Si bien la mesa de ayuda en DIGECOOR central se instaló y funcionó a partir del hito 2 del compromiso de gestión, se mantuvo activa hasta el cumplimiento del hito 3 inclusive.

A partir del uso de la herramienta *Google Forms* se generaron bases de datos por cada DDS, que se consolidaron en una primera versión de una base de datos completa.

En esta etapa el énfasis estuvo en realizar la crítica de los formularios. Se entiende por “crítica” de los formularios al proceso que se realiza para obtener la mejor calidad posible de la información recolectada. Se analizó la información establecida en cada formulario con el fin de encontrar errores o inconsistencias y rectificarlos, corregirlos o aclararlos. Previo al proceso de crítica en sí, se realizó el control de cobertura, es decir, el control de recepción de todos los formularios asignados a cada establecimiento.

Se diseñó y envió a cada DDS la pauta para la crítica de los formularios obtenidos, que puede verse en el Anexo 7. Se controló la calidad de la información recibida y se disparó una etapa de chequeo de crítica. Esta etapa consistió en revisar detenidamente cada planilla de crítica de cada DDS para a) revisar la cobertura, es decir, respuestas recibidas según listado de asignados y acciones tomadas en caso de ausencia de respuesta, b) analizar los tipos de error detectados en cada planilla según la base de datos generada a partir de los formularios, c) establecer un sistema de levantamiento de observaciones que consistió en generar documentos con las observaciones y sugerencias de acciones a las DDS y realizar en consecuencia las modificaciones que fueran pertinentes en la base de datos. Fruto de este proceso se consolidó una base de datos general de EP y UPD.

En la etapa final del hito 3 se sistematizó la información, se definió la estructura del documento del informe y se redactó el informe final.

## Capítulo 4

### Presentación de los datos

#### Ficha técnica

#### 1. Ámbito

Nacional

#### 2. Universo

Establecimientos que tienen usuarios con patologías psiquiátricas y usuarios problemáticos de drogas en Uruguay en 2023.

#### 3. Unidad de análisis

Se relevaron establecimientos que tienen población con patologías psiquiátricas y usuarios problemáticos de drogas en Uruguay según criterios de inclusión y exclusión (ver Anexo 3).

#### 4. Período de relevamiento

Del 15 de junio al 15 de setiembre de 2023.

#### 5. Fuente

Primaria. Formulario de relevamiento elaborado.

#### 6. Método de recolección

Encuesta web (*Google Form*).

#### 7. Cuestionario

Cuestionario con 36 preguntas de una única opción, lista, opción múltiple y preguntas abiertas.

#### 8. Variables relevadas

1. Fecha de relevamiento, 2. Nombre del establecimiento y/o sede, 3. Razón Social, 4. Dirección (calle, número), 5. Barrio, 6. Departamento, 7. Localidad, 8. Teléfono, 9. Correo electrónico, 10. Nombre del/la director/a técnico/a, 11. Teléfono del/la director/a técnico/a, 12. Correo electrónico del/la director/a técnico/a, 13. Tipo de dispositivo, 14. Población beneficiaria según tramos etarios 15.1. Modalidad del dispositivo, 16. Modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación, 17. Descripción breve de las modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación, 18. Cantidad de personas promedio atiende el establecimiento por mes, 19. Patologías admitidas en el establecimiento, 20. Población beneficiaria según sexo, 21. Cantidad de cupos totales disponibles en el establecimiento, 22. Cantidad de camas por establecimiento, 23. Cantidad de licenciados/as en enfermería, 24. Cantidad de auxiliares en enfermería, 25. Cantidad de médicos/as de medicina general, 26. Cantidad de psiquiatras, 27. Cantidad de neurólogos/as, 28. Cantidad de psicólogos/as, 29. Cantidad de licenciadas/os en trabajo social, 30. Cantidad de licenciados/as en psicomotricidad, 31. Cantidad de licenciado/as en fonoaudiología, 32. Cantidad de licenciadas/os en terapia ocupacional, 33. Otros técnicos/as o profesionales, 34 Categoría y cantidad de otros técnicos/as o profesionales, 35. Tipo de actividades en las que participan los/las usuarios/as del establecimiento, 36. Frecuencia de las actividades.

#### 9. Carga de datos y tratamiento informático

Formulario Google. Excel. STATA.

La siguiente tabla resume el proceso de identificación y relevamiento de los establecimientos que fueron objeto del estudio.

Tabla 1 Cobertura del relevamiento

DEPARTAMENTO	ASIGNADOS PREVIAMENTE	COMPLETO DE LOS ASIGNADOS	REPETIDOS /DUPLICADOS /ELIMINADOS	FORMULARIOS NUEVOS COMPLETOS	ESTABLECIMIENTO CERRADO	NO RESPONDE	TOTAL COMPLETADOS	TOTAL COMPLETADOS / ASIGNADOS
ARTIGAS	16	16	1	1	0	0	17	100%
CANELONES	30	25	1	2	3	2	27	83%
CERRO LARGO	9	6	0	0	1	2	6	67%
COLONIA	20	18	0	6	0	2	24	90%
DURAZNO	33	30	2	1	1	0	31	91%
FLORES	2	2	0	2	0	0	4	100%
FLORIDA	10	9	1	1	0	1	10	90%
LAVALLEJA	12	5	0	1	2	5	6	42%
MALDONADO	24	23	0	0	1	0	23	96%
MONTEVIDEO	16	6	1	0	10	1	6	38%
PAYSANDÚ	22	21	2	4	0	0	25	95%
RIVERA	15	15	0	0	0	0	15	100%
ROCHA	6	5	0	4	1	0	9	83%
RÍO NEGRO	12	11	2	8	0	0	19	92%
SALTO	20	20	3	9	0	0	29	100%
SAN JOSÉ	10	10	0	0	0	0	10	100%
SORIANO	14	12	0	1	2	2	13	86%
TACUAREMBÓ	16	15	0	4	1	0	19	94%
TREINTA Y TRES	6	5	0	0	1	1	5	83%
<b>Total</b>	<b>293</b>	<b>254</b>	<b>13</b>	<b>44</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>298</b>	<b>87%</b>

Se utilizó la información disponible en el MSP para realizar una primera aproximación al universo de estudio. Para ello se manipuló e integró la información proveniente de tres fuentes de datos del MSP. En primer término, se analizó la información disponible referente al relevamiento sanitario de los residenciales y residentes<sup>3</sup> (ELEPEM) realizado en 2020<sup>4</sup>. En este sentido, el equipo técnico de trabajo estimó necesario extender el relevamiento a todos

<sup>3</sup> El Artículo 2 del Decreto 356/2016 habilita que “excepcionalmente y con autorización expresa del Ministerio de Salud Pública, los establecimientos y servicios referidos podrán brindar cuidados a personas mayores de edad, aunque no hayan cumplido los 65 años, siempre que su estado social o psico-físico lo justifique”.

<sup>4</sup> Según los datos analizados en el año 2020 residen 1259 menores de 65 años en ELEPEM, 485 ELEPEM tienen residentes menores de 65 años, 82 de los cuales tienen más de 4 residentes menores de 65 años.

los ELEPEM con menores de 65. Luego de un intercambio con autoridades y de otras unidades del MSP encargadas de la habilitación y fiscalización de estos establecimientos, se incluyó en el relevamiento los ELEPEM del departamento de Durazno dado que la información disponible reveló una casi inexistente oferta de servicios de atención a personas con patologías psiquiátricas. En segundo término, se incluyó la información disponible en DIGECOOR referente al relevamiento de establecimientos psiquiátricos realizado en 2020 a solicitud de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. Por último, se integró la información disponible en el Departamento Registro de Prestadores de la DIGESA referente a establecimientos psiquiátricos y UPD.

Como resultado de la integración de las diversas fuentes de datos mencionadas previamente se identificaron 293 establecimientos a ser relevados, 254 de los cuales completaron el formulario, 13 se eliminaron del relevamiento por estar duplicados, 23 establecimientos se encontraban cerrados al momento de la consulta y 16 establecimientos no respondieron la consulta. Alcanzándose un porcentaje de completados sobre asignados del 87%. A su vez las Direcciones Departamentales de Salud identificaron e hicieron el relevamiento a 44 establecimientos no listados previamente. En total se completaron 298 formularios (en anexo 4 se profundiza en forma de recolección de la información).

*Tabla 2 Cantidad de establecimientos según tipo de dispositivo y tramo etario de la población beneficiaria*

Tipo de dispositivo	Población beneficiaria		Total
	Mayores de 18 años	Menores de 18 años	
Ambos (para UPD y Establecimientos psiquiátricos)	69	20	89
Establecimientos psiquiátricos*	120	21	141
Establecimientos para usuarios problemáticos de drogas (UPD)	63	5	68
Total	252	46	298

\*Incluye todos los establecimientos a que hace referencia la Ordenanza n.º 1488 y los ELEPEM de Durazno.

Como se describe en la tabla anterior, 252 establecimientos tienen como población beneficiaria a personas mayores de 18 años y 46 a menores de 18 años. Respondieron el formulario de relevamiento 89 establecimientos psiquiátricos y para UPD, 141 establecimientos psiquiátricos y 68 establecimientos que tienen sólo a UPD.

La tabla 2 y la tabla 14 del anexo 8 resumen la información referente a los establecimientos por departamento según tramo etario de los usuarios y tipo de dispositivo. Es de destacar que no se identificaron modalidades de intervención (establecimientos psiquiátricos o para UPD)

para menores de 18 años en los departamentos de Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado y Treinta y Tres. Al mismo tiempo, no se identifican establecimientos para UPD menores de 18 años en los departamentos de Florida, Paysandú, Rivera y San José. Respecto a establecimientos que tienen como población beneficiaria a mayores de 18 años, Treinta y Tres es el único departamento en el cual no se identificó ningún dispositivo para usuarios problemáticos de drogas.

Tabla 3. Distribución de establecimientos según sexo de los usuarios y departamento. Frecuencias absolutas y relativas.

Departamento	Este establecimiento atiende a:							
	Ambos		Sólo hombres		Sólo mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Artigas	6	75%	2	25%	0	0%	8	100%
Canelones	16	62%	8	31%	2	8%	26	100%
Cerro Largo	6	100%	0	0%	0	0%	6	100%
Colonia	13	81%	2	13%	1	6%	16	100%
Durazno	27	87%	1	3%	3	10%	31	100%
Flores	4	100%	0	0%	0	0%	4	100%
Florida	8	73%	2	18%	1	9%	11	100%
Lavalleja	3	50%	3	50%	0	0%	6	100%
Maldonado	4	27%	7	47%	4	27%	15	100%
Montevideo	53	91%	3	5%	2	3%	58	100%
Paysandú	14	56%	9	36%	2	8%	25	100%
Rivera	11	73%	3	20%	1	7%	15	100%
Rocha	8	89%	1	11%	0	0%	9	100%
Río Negro	10	100%	0	0%	0	0%	10	100%
Salto	11	61%	4	22%	3	17%	18	100%
San José	12	67%	5	28%	1	6%	18	100%
Soriano	4	100%	0	0%	0	0%	4	100%
Tacuarembó	12	86%	2	14%	0	0%	14	100%
Treinta y Tres	4	100%	0	0%	0	0%	4	100%
Total	226	76%	52	17%	20	7%	298	100%

La tabla 3 describe la distribución de los establecimientos según el sexo de los usuarios y el departamento del establecimiento. El 76% de los establecimientos atiende a ambos sexos, el 17% atiende sólo a hombres y el 7% atiende sólo a mujeres. En la distribución departamental se observa que en 9 de 19 departamentos no hay establecimientos con atención exclusiva para hombres o mujeres.

Tabla 4. Cantidad de establecimientos según población beneficiaria, tipo de dispositivo, tramo etario de la población beneficiaria y departamento.

Departamento	Población beneficiaria							
	Menores de 18 años				Mayores de 18			
	Tipo de dispositivo				Tipo de dispositivo			
	Establecimientos Psiquiátricos o similares	Establecimientos para UPD	Ambos	Total	Establecimientos Psiquiátricos o similares	Establecimientos para UPD	Ambos	Total
Artigas	1	1	1	3	0	3	2	5
Colonia	0	0	3	3	2	2	9	13
Canelones	0	1	1	2	14	6	4	24
Cerro Largo	0	0	0	0	4	0	2	6
Durazno	1	0	1	2	21	0	8	29
Flores	0	0	2	2	0	0	2	2
Florida	2	0	0	2	5	2	2	9
Lavalleja	0	0	0	0	3	2	1	6
Maldonado	0	0	0	0	1	13	1	15
Montevideo	9	1	4	14	28	8	8	44
Paysandú	1	0	0	1	10	10	4	24
Rivera	1	0	0	1	4	5	5	14
Rocha	0	1	1	2	1	4	2	7
Río Negro	0	0	4	4	2	0	4	6
San José	1	0	0	1	10	4	3	17
Salto	1	1	0	2	6	4	6	16
Soriano	0	0	0	0	3	0	1	4
Tacuarembó	4	0	3	7	2	0	5	7
Treinta y Tres	0	0	0	0	4	0	0	4
Total	21	5	20	46	120	63	69	252

La tabla 5 resume indicadores de usuarios y cupos por departamento. De un total de 298 establecimientos, Montevideo (58), Durazno (31) y Paysandú (25) son los departamentos que más cantidad de establecimientos contestaron el formulario. La media de usuarios por establecimiento en todo el país asciende a 52. Tacuarembó y Montevideo son los departamentos que cuentan con más usuarios por establecimiento, con un promedio de 183 y 90 usuarios respectivamente. Por otra parte, el establecimiento que más usuarios atiende se encuentra en Montevideo y atiende a 1800 personas.

Tabla 5 Indicadores de usuarios cupos y camas por departamento

Depto	Cantidad de establecimientos	Media de usuarios por establ.	Usuarios por establecimiento: Mínimo-máximo	Promedio de usuarios por mes según Depto.	Cupos totales por Depto.	Cantidad de camas por Depto.	Cupos cada 10000 habitantes	Camas cada 10000 habitantes
Artigas	8	74	Mín. 2 / Máx. 300	592	388	77	52,9	10,5
Montevideo	58	90	Mín. 8 / Máx. 1800	5238	3996	2291	28,9	16,6
Canelones	26	24	Mín. 5 / Máx. 100	613	609	567	9,7	9,1
Cerro Largo	6	21	Mín. s/d / Máx. 44	125	150	110	16,7	12,3
Colonia	16	10	Mín. 1 / Máx. 25	163	263	101	19,8	7,6
San José	18	54	Mín. 7 / Máx. 463	969	1042	840	86,2	69,5
Durazno	31	29*	Mín. 2 / Máx. 300	914*	1532*	468*	259,9*	79,4*
Flores	4	6	Mín. 2 / Máx. 12	22	35	7	13,2	2,6
Florida	11	28	Mín. 4 / Máx. 100	306	311	55	44,9	7,9
Lavalleja	6	21	Mín. 8 / Máx. 40	126	101	37	17,3	6,3
Maldonado	15	18	Mín. 8 / Máx. 40	267	261	107	12,9	5,3
Paysandú	25	27	Mín. 3 / Máx. 100	674	779	370	64,6	30,7
Río Negro	10	10	Mín. 1 / Máx. 30	99	112	46	19,0	7,8
Rivera	15	78	Mín. 5 / Máx. 749	1164	1190	396	108,5	36,1
Rocha	9	76	Mín. 4 / Máx. 500	680	237	65	31,8	8,7
Salto	18	39	Mín. 5 / Máx. 300	700	469	382	34,8	28,3
Soriano	4	22	Mín. 8 / Máx. 40	87	51	38	6,1	4,6
Tacuarembó	14	183	Mín. 9 / Máx. 1300	2562	756	77	81,5	8,3
Treinta y Tres	4	47	Mín. 7 / Máx. 123	186	74	74	14,7	14,7
Total	298	52	Mín. 1 / Máx. 1800	15487	12356	6108	34,6	17,1

\*El dato incluye a ELEPEM relevados los cuales tienen usuarios sin patologías psiquiátricas

La cantidad de usuarios atendidos en un mes asciende a 15487 en todo el país. Montevideo con 5238 usuarios atendidos por mes y Tacuarembó con 2562 son los departamentos con valores más elevados en este indicador. Flores (22 usuarios) y Soriano (87 usuarios) reportan los valores más bajos de usuarios atendidos por mes.

Los cupos totales y la cantidad de camas disponibles por departamento completan el panorama de la oferta de servicios. El total de cupos disponibles en todos los establecimientos asciende a 12356 y el total de camas disponibles asciende a 6108. Los departamentos con mayor cantidad de cupos reportados son Montevideo (3996 cupos), Durazno (1532 cupos), Rivera (1190 cupos) y San José (1042 cupos). Los departamentos con mayor cantidad de camas reportadas son Montevideo (2291 camas), San José (840 camas), Canelones (567 camas) y Durazno (468). Las últimas dos columnas de la tabla 5 relacionan cupos y camas existentes en cada departamento respecto a la población de cada departamento. Existen 34.6 cupos y

17.1 camas cada 10000 habitantes en todo el país. Tal y como se mencionó *ut supra* los datos correspondientes al departamento de Durazno incluyen a los ELEPEM relevados, los cuales tienen usuarios sin patologías psiquiátricas. Por lo que posiblemente los datos presentados en esta tabla para este departamento -que presentan los valores más altos- estén sobredimensionados. Rivera, San José, Tacuarembó, Paysandú y Artigas son los departamentos con mayor disponibilidad de cupos con valores que superan los 50 cupos cada 10000 habitantes. San José, Rivera, Paysandú, Salto son los departamentos con mayor disponibilidad de camas por habitante.

Tabla 6 Tramos de usuarios promedio atendidos por mes por establecimiento

Tramos de usuarios	Frecuencias	%	% acumulado
1 a 10	75	25%	25%
11 a 20	82	28%	53%
21 a 30	50	17%	69%
31 a 40	23	8%	77%
41 a 50	19	6%	84%
51 o más	48	16%	100%
s/d	1	0%	
Total	298	100%	

En relación al tamaño promedio de los establecimientos, en la tabla 6 se describe que un 25% de los mismos tiene de 1 a 10 usuarios, un 28% tiene de 11 a 20 usuarios, alcanzándose en este tramo el 50% de la distribución. Un 17% tiene entre 21 y 30 usuarios y en el tramo 31 a 40 usuarios con 8%, se alcanza el 75% de la distribución. En el anexo 8 la tabla 15 y el gráfico 5 resumen el promedio de usuarios atendidos por mes según departamento. Montevideo y Tacuarembó son los departamentos que tienen más establecimientos con mayor cantidad de usuarios. Colonia, Durazno Flores y Río Negro tienen mayoritariamente establecimientos pequeños de 1 a 10 usuarios.

Tabla 7 Distribución de cupos por establecimiento.

Frecuencias absolutas y relativas.

Cupos	Frec.	%
1 a 10	58	19%
11 a 20	92	31%
21 a 30	58	19%
31 a 40	28	9%
41 a 50	17	6%
Más de 50	39	13%
s/d	6	2%
Total	298	100%

La tabla 7 resume la distribución de cupos por establecimiento. Se observa una estructura similar a la distribución de los usuarios por establecimiento. El 50% de los establecimientos tiene hasta 20 cupos. En las tablas 16, 17 y 18 del anexo 8 se profundiza la descripción de la cantidad de cupos según departamento.

Tabla 8 Distribución de intervalos de camas por establecimiento.

Frecuencias absolutas y relativas

Cantidad de camas por establecimiento	Frecuencia	%
Sin camas	48	16%
1 a 10	76	26%
11 a 20	82	28%
21 a 30	41	14%
31 a 40	17	6%
41 a 50	12	4%
51 a 100	13	4%
100 a 500	4	1%
s/d	5	2%
Total	298	100%

La tabla 8 resume la distribución de las camas por establecimiento. Un 16% de los establecimientos no identifica camas, estos datos corresponden mayoritariamente a establecimientos diurnos de rehabilitación. Por otra parte, también se observa que más de la mitad de los establecimientos (54%) se ubican en los intervalos 1 a 10 y 11 a 20 camas. En



las tablas 19, 20 y 21 del anexo 8 se profundiza la descripción de la cantidad de camas según departamento.

Tabla 9 Cantidad de cargos de recursos humanos de establecimientos psiquiátricos y UPD según departamento

Depto.	Lic. Enf.	Aux. Enf.	Med. Gral.	Psiqu.	Neu.	L. Psic.	Lic TS.	L. Psicom.	L. F.	L. Terapia Ocup.	Total	Psiqu./100000 hab.	L.Psic./100000 hab.	RRHH/100000 hab.
Artigas	6	19	1	15	3	22	7	6	4	0	83 (2%)	20,5	30,0	113
Montevideo	93	845	73	108	15	174	57	11	6	10	1392 (36%)	7,8	12,6	101
Canelones	9	31	21	22	1	21	12	0	0	8	125 (3%)	3,5	3,4	20
Cerro Largo	3	22	3	9	1	10	6	0	0	0	54 (1%)	10,0	11,2	60
Colonia	40	132	21	19	8	49	13	2	6	0	290 (7%)	14,3	37,0	219
San José	32	273	40	36	1	16	20	2	0	6	426 (11%)	29,8	13,2	352
Durazno	9	45	32	10	4	16	24	5	3	1	149 (4%)	17,0	27,1	253
Flores	7	18	4	4	3	4	6	0	4	0	50 (1%)	15,1	15,1	189
Florida	1	6	2	2	0	10	7	2	0	0	30 (1%)	2,9	14,4	43
Lavalleja	2	16	0	7	0	3	3	0	0	0	31 (1%)	12,0	5,1	53
Maldonado	5	19	2	5	0	8	3	0	0	0	42 (1%)	2,5	4,0	21
Paysandú	5	51	10	18	1	12	9	3	1	3	113 (3%)	14,9	10,0	94
Río Negro	16	49	9	11	4	21	7	1	2	0	120 (3%)	18,7	35,7	204
Rivera	56	294	70	18	7	36	7	6	7	2	503 (13%)	16,4	32,8	459
Rocha	7	35	10	8	3	16	9	2	2	0	92 (2%)	10,7	21,5	124
Salto	26	53	14	24	3	39	11	0	4	1	175 (5%)	17,8	28,9	130
Soriano	3	16	0	9	2	20	6	1	4	0	61 (2%)	10,8	24,0	73
Tacuarembó	9	12	14	12	10	34	7	7	8	2	115 (3%)	12,9	36,7	124
T. y Tres	1	8	2	2	1	4	2	1	1	1	23 (1%)	4,0	7,9	46
<b>Total</b>	<b>330(9%)</b>	<b>1944(50%)</b>	<b>328(8%)</b>	<b>339(9%)</b>	<b>67(2%)</b>	<b>515(13%)</b>	<b>216(6%)</b>	<b>49(1%)</b>	<b>52(1%)</b>	<b>34(1%)</b>	<b>3874(100%)</b>	<b>9,5</b>	<b>14,4</b>	<b>109</b>

Lic. Enf.= Licenciado/as en Enfermería; Aux. Enf.= Auxiliares en Enfermería; Med. Gral.=Medicina General; Psiqu.=Psiquiatras; Neu.=Neurólogo/as L. Psic.=Licenciados/as en psicología Lic. TS.=Licenciado/as en Trabajo Social L. Psicom=Licenciado/as en psicomotricidad; L. F.=Licenciado/as en Fisioterapia; L. Terapia Ocup.=Licenciado/as en Terapia Ocupacional; Psiqu./100000 hab.= Cantidad de cargos de Psiquiatría cada 10000 habitantes por departamento. L. Psic./100000 hab. = Cantidad de cargos de Licenciados/as en Psicología cada 10000 habitantes por departamento. RRHH/100000 hab.=Cantidad de cargos recursos humanos cada 10000 habitantes por departamento.

La tabla 9 resume la cantidad de recursos humanos por departamento. De los 3874 recursos humanos identificados por los establecimientos, aproximadamente la mitad son auxiliares de enfermería (1944), el 13% son psicólogos (515), un 9% son Licenciada/os en enfermería (330), un 9% son psiquiatras (339) y el resto se distribuye entre médicos generales y especialistas, licenciados en trabajo social, en psicomotricidad, fonoaudiología y terapia ocupacional. Montevideo es el departamento que cuenta con mayor cantidad relativa de recursos humanos, 1392 (36%) seguido de Rivera con 503 (13%) y San José con 426 (11%) recursos humanos.

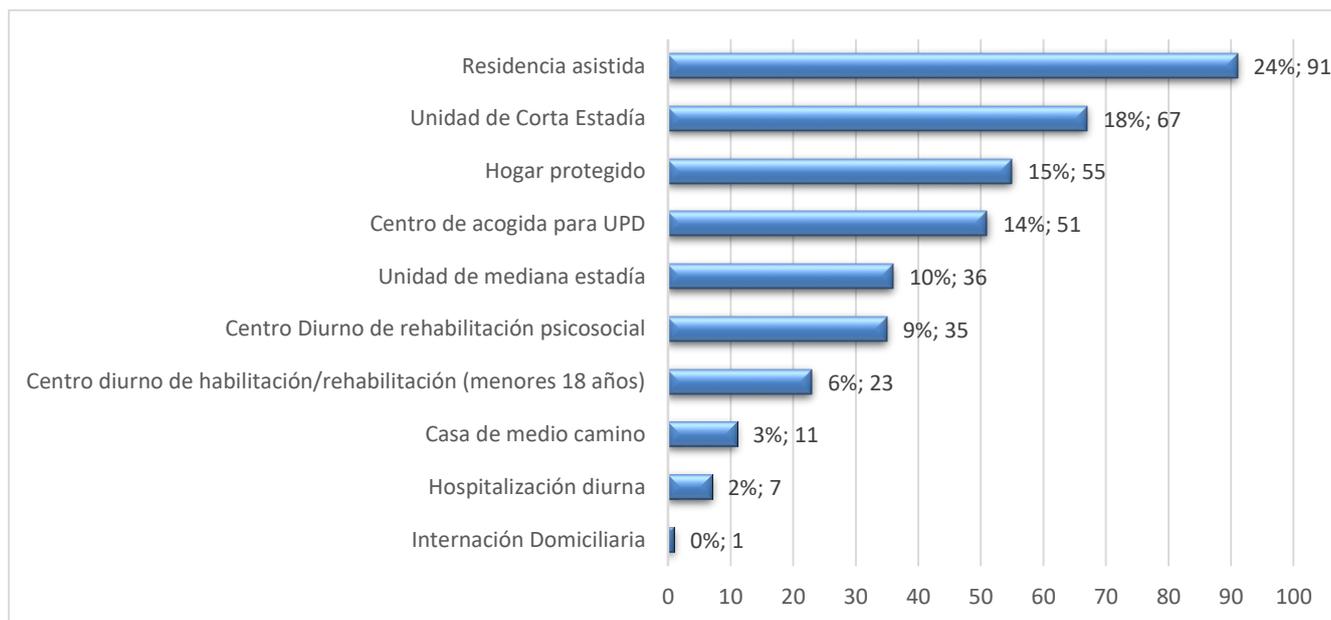
Las últimas tres columnas de la tabla 9 describen la cantidad de cargos de psiquiatría, psicología y los recursos humanos totales cada 10000 habitantes por departamento. A nivel nacional hay 9.5 cargos de psiquiatría, 14.4 cargos de psicología y 109 recursos humanos totales (cargos) cada 100000 habitantes. San José, Artigas, Río Negro y Salto son los



departamentos que más cargos de psiquiatría tienen cada 100000 habitantes. Colonia, Tacuarembó, Río Negro, Rivera son los departamentos que más cargos tienen de psicología. Si realizamos la comparación respecto de todos los cargos de recursos humanos contratados por departamento, Rivera, San José, Durazno, Colonia y Río Negro son los que tienen mayor cantidad respecto a la población. El departamento de Maldonado es el que tiene menos cargos de psiquiatría, psicología y recursos humanos totales respecto a su población.

Tal y como se expresó anteriormente, con el objetivo de avanzar en el proceso de implementación de la Ley de Salud Mental, en 2019 el Ministerio de Salud Pública por Ordenanza n.º 1488 aprobó el listado de dispositivos integrantes de la Red de Atención de Salud Mental. Esta ordenanza define una red de estructuras básicas con un abordaje interdisciplinario e intersectorial. En el formulario de relevamiento se incluyeron preguntas relativas a la identificación por parte de los responsables de los centros de las modalidades de dispositivos definidos en la ordenanza y se realizó un glosario de términos para que quienes respondieran a estas preguntas tuvieran en cuenta la significación de cada término. También se permitió la respuesta múltiple en estas preguntas pues un mismo centro puede identificarse y desarrollar más de una modalidad del dispositivo.

Gráfico 1 Modalidades de dispositivos identificadas por los establecimientos. Frecuencias relativas y absolutas.



De las 377 respuestas un 24% corresponde a la modalidad de residencia asistida, un 18% a unidades de corta estadía, un 14% a Centros de acogida para usuarios problemáticos de drogas. Con porcentajes de respuestas igual o menor al 10% del total se ubican las unidades de mediana estadía, los centros diurnos de rehabilitación psicosocial, los centros diurnos de habilitación/rehabilitación para menores 18 años, las casas de medio camino, los centros de hospitalización diurna y la internación domiciliaria.

Tabla 10 Modalidades de dispositivos identificadas por los establecimientos según departamento. Frecuencias absolutas.

Departamento	Casa de medio camino	Centro diurno de habilit./rehab.	Centro de acogida para UPD	Hogar protegido	Hospitalización diurna	Internación Domiciliaria	Residencia asistida	Unidad de Corta Estadía	Unidad de mediana estadía	CDRP	Total
Artigas	0	2	2	0	0	0	1	3	1	0	9
Canelones	2	2	5	10	0	0	13	2	3	0	37
Cerro Largo	0	0	0	3	0	0	0	2	0	1	6
Colonia	0	0	3	1	0	0	0	10	0	2	16
Durazno	0	0	0	2	1	0	26	3	1	3	36
Flores	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
Florida	0	2	2	2	0	0	0	1	0	4	11
Lavalleja	1	0	2	1	0	0	2	1	2	2	11
Maldonado	1	0	12	0	0	0	1	1	1	0	16
Montevideo	4	7	2	12	2	1	19	18	14	6	85
Paysandú	1	0	6	5	1	0	7	1	2	4	27
Rivera	0	2	11	6	3	0	6	3	3	2	36
Rocha	1	1	0	1	0	0	0	3	3	3	12
Río Negro	0	0	0	1	0	0	0	7	1	1	10
Salto	0	1	3	2	0	0	8	1	2	1	18
San José	0	1	3	8	0	0	3	0	2	2	19
Soriano	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	4
Tacuarembó	0	5	0	1	0	0	2	4	1	3	16
Treinta y Tres	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	4
Total	11	23	51	55	7	1	91	67	36	35	377

La tabla 10 y en el Anexo 8 las tablas 22 y 23 resumen las respuestas de modalidad de dispositivo por departamento. En la tabla 10 se muestran valores absolutos, en la tabla 22 se observa la distribución de cada dispositivo según departamento y en la tabla 23 se describe la distribución de los dispositivos por cada uno de los departamentos.

Teniendo en cuenta que esta pregunta es de respuesta múltiple de los 298 establecimientos consultados 254, un 85% se identificaron con una modalidad de dispositivo, los 44

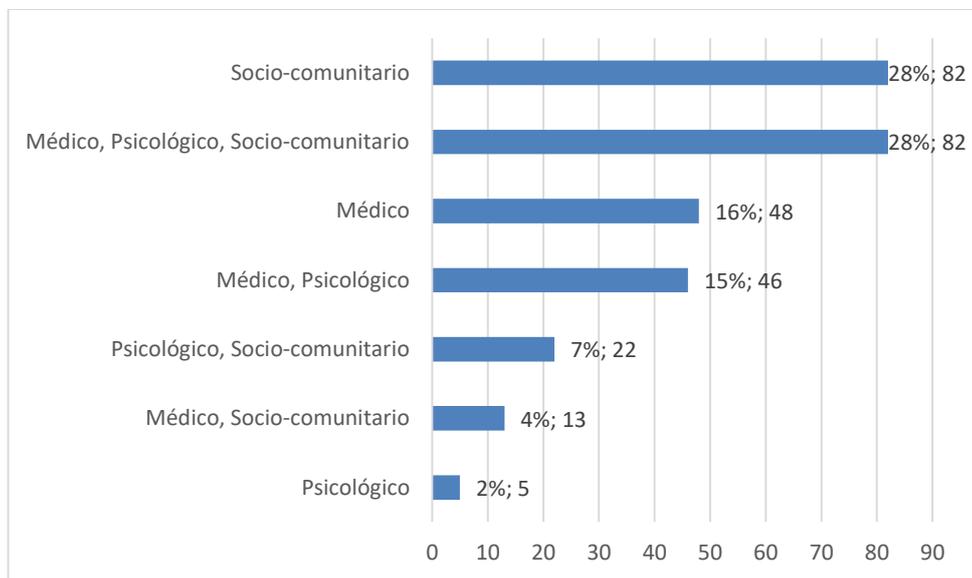


establecimientos restantes -un 15%- afirmó funcionar de acuerdo a más de una modalidad de dispositivo.

Montevideo es el único departamento que cuenta con toda la gama de dispositivos categorizados en las respuestas. Al mismo tiempo es el departamento que tiene mayoría relativa de respuestas en todos los dispositivos con excepción de Centro de acogida para UPD. Si se observa la distribución de cada dispositivo en el interior del país en 6 departamentos se identifican casas de medio camino, en 9 departamentos se identifican centros diurno de habilitación/rehabilitación para menores de 18 años, en 10 departamentos se mencionan centros de acogida para UPD, en 13 departamentos se identifica el dispositivo hogar protegido, en tres departamentos se realizan hospitalizaciones diurnas, en 11 departamentos se menciona el dispositivo de residencia asistida, en 17 departamentos se menciona por lo menos una unidad de corta estadía, en 12 departamentos se identifican unidades de mediana estadía y en 13 departamentos se menciona la existencia del dispositivo de rehabilitación psicosocial.

Por otra parte, se consultó a los centros qué modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación realizan. Como se describe en el gráfico 3, de los 298 centros que respondieron la consulta el 28% respondió que realiza intervención socio-comunitaria, otro 28% realiza intervención y tratamiento médico, psicológico y socio-comunitario, un 16% realiza tratamiento exclusivamente médico, un 7% realiza tratamiento psicológico y socio-comunitario, un 4% realiza tratamiento médico y socio-comunitario y un 2% realiza tratamiento exclusivamente psicológico. En las tablas 24, 25 y 26 del anexo 8 se describe las modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación por departamento.

Gráfico 2 Modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación por establecimiento (% y frecuencias absolutas)



Por otra parte, el formulario profundizó en la consulta respecto a esta variable. Se solicitó a los establecimientos que describan las modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación. En la figura 1 se utiliza una nube de palabras como herramienta de representación visual para ayudar a resaltar las partes más interesantes de datos textuales de esta pregunta abierta. El tamaño de las palabras representa su frecuencia de aparición en las respuestas, lo que refleja las tendencias en las respuestas de los establecimientos.



homogénea. Se observa escasa discriminación entre las patologías admitidas. A nivel departamental los datos tienen una variabilidad mayor. Constatándose departamentos que no tienen respuestas en algunas patologías. Este es el caso de Cerro Largo: para las patologías F00–F09, F30–F39, F40–F48, F50–F59, F80–F89, F90–F98; Lavalleya para las patologías F50–F59; Soriano para las patologías F90–F98 y Treinta y Tres para las patologías F70–F79, F80–F89, F90–F98. La ausencia de respuesta a nivel departamental respecto a la atención de pacientes con estas patologías se puede deber a que algunos establecimientos no respondieron el formulario, a una carencia efectiva en la atención de las mismas o a una interpretación de la pregunta en la cual se incluyeron el grupo de enfermedades más habituales dentro del establecimiento.

Tabla 12 Distribución de tipo de patologías admitidas por departamento

Departamento	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	Total
Artigas	7%	16%	11%	11%	9%	7%	11%	9%	9%	9%	100%
Canelones	10%	8%	15%	12%	7%	5%	9%	14%	10%	9%	100%
Cerro Largo	0%	9%	55%	0%	0%	0%	9%	27%	0%	0%	100%
Colonia	8%	12%	12%	9%	10%	8%	10%	11%	10%	9%	100%
Durazno	9%	3%	9%	11%	8%	13%	17%	13%	9%	7%	100%
Flores	8%	11%	8%	11%	8%	11%	11%	11%	11%	11%	100%
Florida	9%	7%	14%	11%	7%	5%	7%	16%	16%	9%	100%
Lavalleya	9%	9%	17%	17%	9%	0%	13%	13%	4%	9%	100%
Maldonado	2%	12%	10%	9%	12%	3%	12%	10%	12%	17%	100%
Montevideo	7%	8%	14%	13%	9%	6%	12%	13%	9%	9%	100%
Paysandú	13%	9%	12%	11%	8%	7%	11%	12%	10%	8%	100%
Rivera	6%	12%	13%	21%	7%	6%	7%	9%	6%	12%	100%
Rocha	5%	19%	10%	12%	12%	5%	10%	14%	5%	10%	100%
Río Negro	11%	10%	13%	11%	8%	4%	10%	10%	11%	13%	100%
Salto	6%	9%	17%	9%	6%	3%	8%	16%	14%	11%	100%
San José	12%	11%	17%	11%	6%	5%	7%	15%	11%	6%	100%
Soriano	10%	10%	20%	20%	10%	5%	10%	10%	5%	0%	100%
Tacuarembó	9%	8%	9%	7%	11%	10%	9%	12%	12%	11%	100%
Treinta y Tres	11%	11%	33%	11%	11%	11%	11%	0%	0%	0%	100%
Total	8%	9%	13%	12%	9%	7%	11%	12%	10%	10%	100%

Finalmente, se consultó a los responsables de los establecimientos el tipo de actividades que realizan los usuarios. El gráfico 3 resume la distribución de frecuencias de las actividades más

mencionadas. El 26% de las menciones de los 298 establecimientos refiere a actividades recreativas, el 17% a actividades educativas, el 16% a actividades deportivas y el 12% a actividades artísticas y el 9% a actividades laborales. En la Ilustración 2 se utiliza una nube de palabras para ayudar a resaltar las partes más interesantes de datos textuales de esta pregunta abierta. El tamaño de las palabras representa su frecuencia de aparición en las respuestas, lo que refleja las tendencias en las respuestas de los establecimientos.

Gráfico 3 Distribución de actividades que realizan los usuarios de los establecimientos. Frecuencias relativas y absolutas.

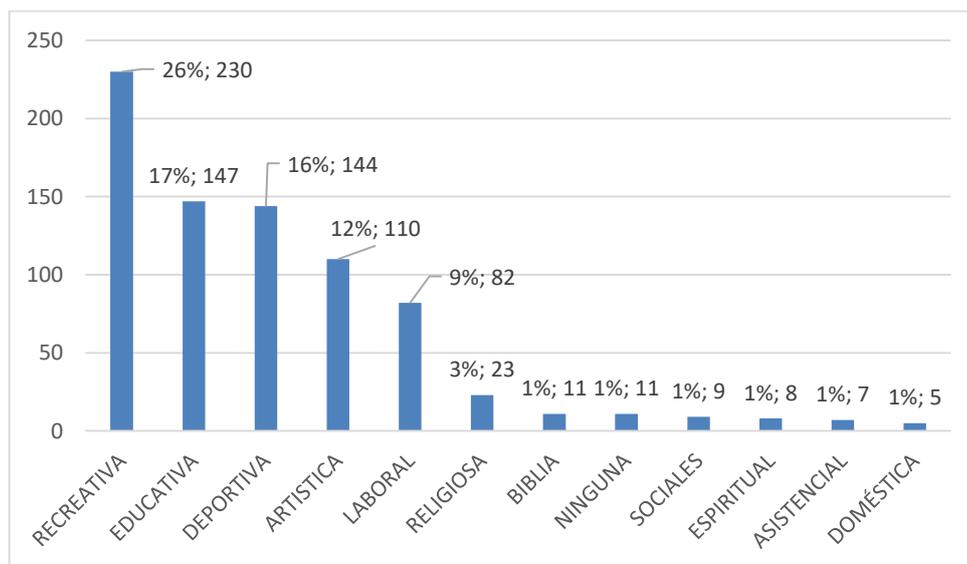


Ilustración 2 Tipo de actividades que realizan los usuarios



La tabla 27 del anexo 8 describe la distribución de actividades que realizan los usuarios según la frecuencia en el tiempo. La periodicidad de las actividades en un 74% del total es diaria, un 24% de las actividades son semanales y sólo un 2% de las actividades son de carácter mensual. En la tabla 28 del anexo 8 se describen actividades desarrolladas en cada departamento.



## Capítulo 5 Recomendaciones y conclusiones

- El relevamiento tuvo un alto porcentaje de cobertura, y se constituyó en una oportunidad para identificar establecimientos que no estaban en ninguna de las tres bases de datos de partida.
- Respondieron el formulario de relevamiento 89 establecimientos psiquiátricos y para UPD, 141 establecimientos psiquiátricos y 68 establecimientos que tienen sólo a UPD.
- 252 establecimientos tienen como población beneficiaria a personas mayores de 18 años y 46 a menores de 18 años.
- La cantidad de usuarios atendidos en un mes en todo el país es de 15487 personas.
- La media de usuarios por establecimiento en todo el país asciende a 52.
- En relación al tamaño promedio de los establecimientos, un 25% de los mismos tiene de 1 a 10 usuarios, un 28% tiene de 11 a 20 usuarios, alcanzándose en este tramo el 50% de la distribución.
- Tacuarembó y Montevideo son los departamentos que cuentan con más usuarios por establecimiento, con un promedio de 183 y 90 usuarios respectivamente.
- El establecimiento que más usuarios atiende se encuentra en Montevideo y atiende a 1800 personas.
- El total de cupos disponibles en todos los establecimientos asciende a 12356 y el total de camas disponibles asciende a 6108 (incluye todos los tipos de dispositivo que cuentan con camas). Los departamentos con mayor cantidad de cupos reportados son Montevideo (3996 cupos), Durazno (1532 cupos), Rivera (1190 cupos) y San José (1042 cupos). Los departamentos con mayor cantidad de camas reportadas son Montevideo (2291 camas), San José (840 camas), Canelones (567 camas) y Durazno (468).
- En todo el país hay 34.6 cupos y 17.1 camas cada 10000 habitantes.
- Rivera, San José, Tacuarembó, Paysandú y Artigas son los departamentos con mayor disponibilidad de cupos con valores que superan los 50 cupos cada 10000 habitantes.
- San José, Rivera, Paysandú, Salto son los departamentos con mayor disponibilidad de camas por habitante.



- Los datos correspondientes al departamento de Durazno incluyen a los ELEPEM relevados, los cuales tienen usuarios sin patologías psiquiátricas. Por lo que posiblemente los datos presentados para este departamento -que presentan los valores más altos- estén sobredimensionados.
- Rivera, San José, Durazno, Colonia y Río Negro son los departamentos que tienen mayor cantidad de recursos humanos contratados respecto a su población.
- Del total de recursos humanos identificados por los establecimientos, aproximadamente la mitad son auxiliares de enfermería.
- A nivel nacional hay 9.5 cargos de psiquiatría, 14.4 cargos de psicología y 109 recursos humanos totales (cargos) cada 100000 habitantes.
- San José, Artigas, Río Negro y Salto son los departamentos que más cargos de psiquiatría tienen cada 100000 habitantes.
- Colonia, Tacuarembó, Río Negro, Rivera son los departamentos que más cargos tienen de psicología cada 100000 habitantes.
- El departamento de Maldonado es el que tiene menos cargos de psiquiatría, psicología y recursos humanos totales respecto a su población.
- Por la Ordenanza n.º 1488 se aprobó el listado de dispositivos integrantes de la Red de Atención de Salud Mental y se definió una red de estructuras básicas con un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Los dispositivos más frecuentes son las residencias asistidas, las unidades de corta estadía y los centros de acogida para UPD.
- Según el tipo de patologías admitidas (CIE 10) la distribución entre las categorías resultó relativamente homogénea, con escasa variabilidad porcentual entre las patologías admitidas.
- Dentro de las actividades que llevan adelante los establecimientos las de tipo recreativo (26%) son las de más frecuente respuesta.
- La base de datos generada tiene la particularidad de operar como única fuente de información actualizada, ya que resulta de la consolidación de tres bases preexistentes, amplía datos e incorpora nuevos registros.
- Se propone a partir de estos avances desarrollar mecanismos de actualización de la información aunando esfuerzos de distintos actores clave para adoptar y sostener en el tiempo una herramienta viable, fiable y de alcance a todo el universo estudiado.



- Será oportuno convocar a actores clave que operan en la órbita de este ministerio y de otras instituciones de referencia y con competencia en la materia para presentar la herramienta generada y definir acciones en el marco de la implementación de la Ley de Salud Mental.
- La profundidad del análisis requerirá el ajuste de variables y categorías del formulario para mejorar los diagnósticos y la calidad de la información.

La información que emerge a partir de este relevamiento de EP y UPD significa un insumo para informes, análisis, estadísticas y demás requerimientos por su potencial para ser aprovechado en el análisis y mejora de la gestión de la salud mental en el sistema de salud, el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, y el diseño de política pública.



## Referencias bibliográficas

- (1) Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- (2) Ministerio de Salud Pública. (2019). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- (3) Uruguay. (1936, agosto 24). Ley n.º 9.581: Regulación de los establecimientos psiquiátricos. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9581-1936>
- (4) Uruguay. (1949, enero 17). Ley n.º 11.139: Patronato del Psicópata. Creación. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>
- (5) Valmaggia, A. (2020). Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. [Presentación por diapositivas]. Montevideo: en proceso.
- (6) Uruguay. (2016, marzo 28). Decreto n.º 60: Reglamentación de los procedimientos de habilitación de servicios de salud y/o incorporación de equipamiento médico que se tramitan ante el MSP. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/60-2016>
- (7) Uruguay. (2018, julio 27). Decreto n.º 226: Reglamentación de la Ley 19529 (Ley de Salud Mental). Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/226-2018>
- (8) Uruguay. (2019, noviembre 11). Decreto n.º 331: Reglamentación del artículo 11 de la Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/331-2019#:~:text=Cr%C3%A9ase%20la%20Comisi%C3%B3n%20Intersectorial%20en,mental%20y%20monitoreando%20su%20cumplimiento.>
- (9) Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Atlas de la Salud Mental de las Américas*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>
- (10) World Health Organization. (2011). *Mental health atlas 2011*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9799241564359>
- (11) World Health Organization. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Ginebra: OMS. Recuperado de [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96450/E91732.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf)
- (12) Centre for Mental Health. (2011). *Pathways to unlocking secure mental health care*. London: Centre for Mental Health. Recuperado de [https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Pathways\\_to\\_unlocking\\_secure\\_mental\\_health\\_care.pdf](https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/Pathways_to_unlocking_secure_mental_health_care.pdf)
- (13) World Health Organization. (2021). *Mental Health Atlas 2020*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/567706/>
- (14) Ministerio de Salud Pública (2019, noviembre 7). Ordenanza n.º 1488: Aprobación de la lista de dispositivos integrantes de la Red de Atención de Salud Mental. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>



## Anexo 1: GLOSARIO PARA EL RELEVAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS <sup>5</sup>

**Establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas.** Se entiende por establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas a los siguientes dispositivos:

1) los dispositivos que prestan servicios de salud mental y atención a personas con uso problemáticos de drogas, 2) los dispositivos que prestan servicios de salud mental y atención a personas con uso problemáticos de drogas para personas privadas de libertad (PPL), 3) los dispositivos que prestan servicios de salud mental monovalentes (destinados a prestar servicios de salud en una sola especialidad: la salud mental) y asilares públicos y privados, 4) los dispositivos que prestan servicios de salud mental comunitarios (residencias y hogares protegidos), 5) los centros de rehabilitación en salud mental y los dispositivos de medio camino creados luego de la puesta en vigencia de la ley n.º 19529, Ley de Salud Mental.

**Casa de medio camino (adultos).** Según la Ordenanza n.º 1488 es un dispositivo sanitario de rehabilitación de mediana estadía, con equipo técnico las 24 horas.

Es un recurso asistencial para personas en período de post crisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución del trastorno. En el caso de personas con uso problemático de drogas (UPD) se constituirán dispositivos específicos para esta población. El equipo brinda atención a personas con trastorno mental severo o a usuarios/as con UPD, con dificultades para residir en una vivienda familiar o social (MSP, 2019, pp. 4-5, Anexo Ordenanza n.º 1488).

Se trata de una estructura residencial alternativa, no hospitalaria, cuya organización y método de trabajo tiene como meta asegurar la continuidad del proceso asistencial y favorecer un

---

<sup>5</sup> Este glosario toma definiciones y conceptualizaciones de las distintas fuentes mencionadas en el final del texto. En todos los casos se trata de citas directas (extractos literales) o citas indirectas (paráfrasis). Nótese que, para facilitar la lectura y tratarse de un documento de uso interno, se han omitido los signos tipográficos de estilo (como las comillas de cierre y apertura, corchetes rectos, etcétera) por lo que, de incluirse partes de este material en otros documentos, para cumplir con las normas estilísticas y de referencia a autorías, debe recurrirse necesariamente a la fuente original, identificada en todos los casos en cada entrada del glosario.



tránsito progresivo hacia la comunidad, la inclusión social, educativa, laboral, ciudadana y cultural. La mediana estadía plazo entre 6 meses y 2 años (Romano, s.f., p. 26).

**Casa de medio camino (niñas, niños y adolescentes).** Se trata de una estructura sanitaria de rehabilitación de mediana estadía, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para niños/as o adolescentes en el período de postcrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas y su red de vínculos, para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, disponibilidad para sus aprendizajes académicos y procesos de socialización que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución de su sintomatología. Están destinadas a niños/as o adolescentes con trastorno mental severo o a usuarios con UPD, con dificultades para residir en una vivienda familiar o social por un período limitado de tiempo. Se realiza evaluación y diagnóstico integral de la persona, consolidando y manteniendo la estabilidad clínica a través del sostén de los tratamientos, habilitación y facilitación de inclusión sociofamiliar, desarrollo de un plan, entre otros (MSP, 2019, p. 12, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Centro de acogida.** Son dispositivos comunitarios diseñados para personas con un alto nivel de uso problemático de drogas y/o problemáticas de salud mental, que no circulan por las redes sociosanitarias existentes y están gravemente excluidos.

Estos dispositivos incorporan una modalidad de bajo umbral o bajo nivel de exigencia para el usuario del servicio para la accesibilidad a ellos, acogida inmediata y carácter local, para dar respuesta a necesidades básicas de las personas con problemas de salud mental y/o UPD, expuestos a situaciones críticas desde lo social y sanitario. Se realizan intervenciones de escucha inmediata y evaluación de demandas y necesidades, alimentación básica, lugar para dormir, baño, lavandería, insumos recreativos, asistencia básica en salud, información para uso seguro de sustancias y material e información para conductas de riesgo, con la posible coordinación con otros servicios sanitarios y sociales. (MSP, 2019, p. 5, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Centro diurno de rehabilitación e integración psicosocial (adultos).** Según la Ordenanza n.º 1488 se trata de un dispositivo ambulatorio, diurno, de atención psicosocial, que tiene por objeto la adquisición o recuperación de habilidades psicosociales para la reinserción social, comunitaria y laboral estimulando la promoción de autonomía y el fortalecimiento de los



vínculos de los referentes familiares en caso que existan. Forma parte de la red atención sanitaria y social, por lo que es imprescindible la coordinación con los demás dispositivos, asegurando la continuidad asistencial. En el caso de personas con uso problemático de drogas (UPD) se constituirán dispositivos diurnos específicos para esta población. El equipo brinda un conjunto de intervenciones y prestaciones orientadas al logro de los objetivos terapéuticos. Está destinado a personas que puedan transitar por una atención de carácter ambulatoria intensiva, es decir, un régimen ambulatorio en el que la persona puede recibir una intervención terapéutica de varias horas durante la semana de acuerdo con el plan terapéutico (MSP, 2019, p. 4, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Centro diurno de habilitación/rehabilitación (niñas, niños y adolescentes).** Dispositivo ambulatorio diurno a nivel comunitario de atención psicosocioeducativa, que tiene por objeto la adquisición o recuperación de habilidades psicosociales y aprendizajes para la inserción o reinserción educativa, familiar y social, fortaleciendo los vínculos con referentes familiares, socioafectivos y/o con las instituciones de protección. Está destinado a personas que puedan transitar por una atención de carácter ambulatoria intensiva, pero que no están en condiciones aún de insertarse o reinsertarse en forma autónoma en ambientes educativos o sociales formales, por las limitaciones que determina su trastorno mental severo o sus problemas del desarrollo. Se realiza evaluación y diagnóstico inicial en cuanto a la situación del niño/a o adolescente, familia y red de apoyos, contando con información del Equipo Comunitario de Salud Mental o del ámbito hospitalario, se elabora un plan de trabajo recursos de psicoeducación, intervenciones psicoterapéuticas y educativas, que podrán ser de carácter individual, grupal y/o familiar, se apoya la inserción o reinserción educativa y social a través de la articulación intersectorial, se implementa un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos, una vez alcanzados los objetivos definidos en el plan. (MSP, 2019, p. 12, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Estructuras monovalentes.** Son establecimientos destinados a prestar servicios de salud en una sola especialidad. En el caso de la salud mental, los establecimientos monovalentes de salud mental sólo prestan servicios de salud mental (MSP, Plan Nacional de Salud Mental, 2017, p. 22).

A partir de la Ley de Salud Mental quedó prohibido la creación de nuevos establecimientos asilares (Artículo 38 de la ley n.º 19529, Ley de Salud Mental).

Se entiende como establecimiento monovalente aquel donde predomina una especialidad, y aun contando con otras disciplinas, cada una de ellas funciona en forma independiente, y la atención que se brinda está desarticulada del resto de los servicios de salud funcionando dentro de una lógica proteccionista, no participativa de la persona y de sus referentes sociofamiliares, reforzando el estigma y la discriminación de usuario/a del servicio de salud (MSP, 2019, p. 1, Anexo Ordenanza n.º 1488).

### **Estructura polivantes**

**Hogar protegido.** Dispositivo sociosanitario con supervisión las 24 horas, de mediana a larga estadía, para personas con trastornos mentales severos con nivel de autonomía que requiere supervisión moderada para la organización de la vida cotidiana (MSP, 2019, p. 10, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Hospitalización.** Recurso terapéutico de carácter restringido que deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona, y será lo más breve posible. Se reservará especialmente para situaciones agudas. Se procurará que se realicen en hospital o sanatorio general en el caso de adultos, y para el caso de niñas, niños y adolescentes, en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales (Artículo 24 de la ley n.º 19529, Ley de Salud Mental).

Hay tres modalidades de hospitalización: a tiempo completo, parcial diurna o nocturna, y domiciliaria (Artículo 26 de la ley n.º 19529, Ley de Salud Mental).

La oferta de hospitalización actual incluye corta, mediana y larga estadía en los mismos establecimientos, en muchos casos, sin diferenciación clara ni programas específicos (Romano, s.f., p. 13).

**Hospital de día (adultos).** Dispositivo sanitario hospitalario que brinda atención diurna especializada en salud mental ambulatoria intensiva, siendo una alternativa a la hospitalización a tiempo completo, para personas que cuentan con una red social de apoyo. El equipo interdisciplinario brinda tratamiento y rehabilitación a personas con trastorno mental en el período de agudización de su sintomatología o que se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una atención ambulatoria. Brinda un espacio terapéutico de mediana continencia que asegura la continuidad del tratamiento en coordinación con la red sanitaria y territorial comunitaria. Se realiza evaluación y diagnóstico integral de la persona y



su condición general de salud, tratamiento y seguimiento médico clínico, psiquiátrico-psicológico con abordaje individual, grupal y familiar si corresponde, psico-educación, entrenamiento en habilidades sociales promoviendo mejores estrategias para su integración social (MSP, 2019, pp. 8-9, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Hospital de día (niñas, niños y adolescentes).** Dispositivo interdisciplinario ubicado en hospital pediátrico o sanatorio general que brinda atención especializada en salud mental, ambulatoria intensiva, siendo una alternativa a la hospitalización a tiempo completo, para personas que cuentan con una red social de apoyo. La persona recibe durante la semana una intervención terapéutica de varias horas de acuerdo al plan terapéutico. Sus objetivos clínicos son el tratamiento y rehabilitación de niños/as o adolescentes con determinadas situaciones clínicas que, en el período de agudización de su sintomatología o que se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una atención ambulatoria. Se brinda un espacio terapéutico de mediana continencia que asegura la continuidad del tratamiento en coordinación con la red sanitaria, educativa y territorial comunitaria y acompaña el proceso de reinserción familiar, educativa y social. Se realiza proceso de estabilización clínica, diagnóstico y tratamiento interdisciplinario e integral, con un abordaje psiquiátrico, psicológico, educativo y social que consolide una mayor estabilización clínica, detección de factores de riesgo y protección, definición e implementación de mecanismos de referencia y contrarreferencia con los otros dispositivos de la red de atención en Salud y Salud Mental, garantizando la integralidad (MSP, 2019, pp. 14-15, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Residencia asistida.** Dispositivo sociosanitario de rehabilitación con supervisión las 24 horas, de mediana estadía, para personas con trastornos mentales severos, con nivel de autonomía que en ese momento no permite la vida en una vivienda autónoma (MSP, 2019, p. 10, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Unidad de hospitalización de corta estadía (adultos).** Se trata de un dispositivo hospitalario integrado a la red de salud mental, en el cual se realiza la hospitalización a tiempo pleno para la atención intensiva de personas que presentan un trastorno mental agudo o la descompensación de una patología crónica. La permanencia en una de estas unidades no debe exceder, en general, los 30 días. Si la estadía se prolongase, se deben realizar las notificaciones obligatorias que establece la normativa (Romano, s.f., p.10).



Según la Ordenanza n.º 1488 una Unidad de Corta Estadía es un dispositivo sanitario hospitalario especializado en salud mental para la atención intensiva durante períodos de agudeza que no pueden ser resueltos en la red de servicio de salud mental ambulatoria. Se ubica en hospital o sanatorio general. El equipo interdisciplinario brinda atención integral, de alta intensidad, calidad y especializada. Se realiza evaluación y diagnóstico integral de la persona, soporte psicosocial a familiares y plan de egreso individualizado (MSP, 2019, pp. 7-8, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Unidad de hospitalización de corta estadía (niñas, niños y adolescentes).** Dispositivo de hospitalización de corta estadía para cuadros agudos o descompensaciones agudas de trastornos mentales severos u otra situación clínica que amerite una intervención, que no puede ser resuelta en áreas de cuidados moderados de hospitales pediátricos u hospitales generales. La internación tendrá la duración relativa a la resolución de cuadro agudo o a la estabilización de la descompensación del cuadro clínico del niño, niña o adolescente. Se brinda un espacio terapéutico de alta continencia y la continuidad del tratamiento en coordinación con la red sanitaria, educativa y territorial comunitaria.

(MSP, 2019, p. 14, Anexo Ordenanza n.º 1488).

**Unidad de mediana estadía.** Dispositivo sanitario hospitalario, de atención especializada que brinda atención a personas en proceso de recuperación de la sintomatología, que persiste tras el tratamiento de su etapa aguda permaneciendo hospitalizada y promoviendo terapéuticas que intenten reintegrar a la persona a su medio habitual de convivencia o a dispositivos sociosanitarios extrahospitalarios. El equipo interdisciplinario realiza evaluación y diagnóstico integral de la persona y su condición general de salud, tratamiento y seguimiento médico clínico, psiquiátrico-psicológico con abordaje individual, grupal y familiar si corresponde, y elabora un plan de egreso individualizado (MSP, 2019, p. 8, Anexo Ordenanza n.º 1488).



## **Anexo 2: PAUTA Y REFERENCIAS PARA EL LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS PSQUIÁTRICOS POR DEPARTAMENTO**

Este documento complementa la *pauta para identificar establecimientos psiquiátricos* (criterios de inclusión y exclusión) y el glosario de los términos y conceptos utilizados para el relevamiento *en el marco de los compromisos de gestión de la DIGECOOR y de las DDS del año 2023, todo lo cual acompaña el listado que recibe cada DDS*. Este documento tiene como objetivos:

1. Definir los conceptos de cada una de las columnas del listado que se le ha asignado a cada DDS para revisar, completar y/o modificar.
2. Establecer los criterios de llenado de cada columna.

### **Consideraciones generales**

Una vez que cada DDS reciba el listado de establecimientos psiquiátricos asignados a los efectos del compromiso de gestión, deberá:

1. Leer con atención los materiales proporcionados que se mencionan en el primer párrafo de este documento.
2. Consultar las dudas que surjan con los referentes en DIGECOOR central (DIGECOORCG@msp.gub.uy), quienes podrán contestar directamente o, a la vez, hacer las consultas pertinentes para gestionar la respuesta. No obstante, ante dudas generales, se podrán coordinar instancias vía zoom. Es importante aclarar las dudas antes de realizar la tarea.
3. Revisar los establecimientos del listado proporcionado mediante planilla y verificar que todos estén activos y agregar aquellos que están activos y no figuran en el listado. A la vez, indicar en la columna Observaciones aquellos que figuran en el listado y ya no están activos.
4. Verificar, en cada caso, que la información que aparece en las columnas sea la correcta. Si no lo es, modificar con lo que corresponda. Todos los campos de las columnas son obligatorios, es decir, no pueden quedar vacíos.
5. Enviar el listado, hasta el 15 de abril de 2023 a la dirección [DIGECOORCG@msp.gub.uy](mailto:DIGECOORCG@msp.gub.uy)



## Referencias del listado y criterios de llenado

**Razón social.** La razón social es la denominación por la cual se conoce colectivamente a una empresa. Se trata de un nombre oficial y legal que aparece en la documentación que permitió constituir a la persona jurídica en cuestión. Puede ser el nombre de una persona o de una organización y no tiene por qué coincidir con el nombre del establecimiento o nombre fantasía.

Escriba en el listado la razón social respetando el nombre exacto con el que fue inscripto, no utilice comillas. Si este dato no está disponible, deje el dato como está o deje la celda en blanco si se trata de una información que ha agregado.

**Nombre del establecimiento.** Es el nombre fantasía con el que habitualmente se identifica el establecimiento. Por ejemplo: Bethania SRL; nombre fantasía Comunidad Terapéutica Bethania.

Escriba en el listado el nombre del establecimiento sin comillas y respetando las mayúsculas /minúsculas.

**Departamento.** Coloque lo que corresponda.

**Localidad.** Coloque lo que corresponda.

**Titular.** Escriba aquí el nombre y apellido de quien figura como titular del servicio.

**Dirección técnica o referente.** Si el establecimiento no tuviera una dirección técnica como tal se escribirá el de la persona responsable. En uno u otro caso escriba nombre y apellido en mayúsculas/minúsculas y no incluya el cargo profesional, se escribirá Juan Pérez en lugar de Dr. Juan Pérez.

**Teléfono de línea.** Escriba el número de teléfono del establecimiento sin puntos, sin guiones, sin espacios y sólo números. Por ejemplo: 44663022. Si el establecimiento tuviera más de un número de línea escríbalos separados por un guión. Por ejemplo 44663022-44663021. Si fuera del caso agregar un número de interno, escríbalo separado del número de línea por una barra. Por ejemplo: 24870252/2230.

**Teléfono de contacto.** Corresponde al número de celular al que hay que llamar en caso de requerirse un contacto inmediato. En caso de no existir un número de celular de contacto, escriba: No.



**Correo electrónico.** Correo electrónico de contacto, escriba aquí la dirección de correo electrónico donde la institución reciba efectivamente las comunicaciones.

**Dirección física.** Es la dirección donde funciona el establecimiento. Escriba el nombre de la calle y el número. Si no hubiese un número de puerta, escriba s/n y agregue entre qué calles se encuentra, por ejemplo, 18 de julio s/n entre Enrique Sánchez y José Rodríguez. En el caso de rutas, coloque el kilómetro que corresponda, por ejemplo, Ruta 3 km 500. No utilice comillas y respete el uso de mayúsculas /minúsculas. Escriba el nombre de la zona, paraje o barrio, no utilice comillas.

**Tipo de dispositivo.** El listado enviado ya contiene el tipo de dispositivo. En todos aquellos casos en que no, por favor complete la información y apóyese en el glosario enviado a los efectos.

**Observaciones.** Reserve esta columna para colocar en la forma más breve posible información relevante que no pueda especificarse en las demás columnas.



### **Anexo 3: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN A LA LISTA DE DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS PSIQUIÁTRICOS Y UPD**

#### **Inclusión:**

Instituciones u organizaciones públicas y privadas.

Que presten servicios parciales o totales en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para personas con patologías psiquiátricas.

Patologías psiquiátricas de niños, adolescentes y adultos y para personas con uso problemático de drogas (UPD) en cualquier ciclo de vida.

#### ***Las Instituciones:***

1. *Dispositivos para adultos.*

#### **UNIDADES EN TERRITORIO**

- Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial.  
No para usuarios con UPD; son ambulatorios; busca recuperar habilidades psicosociales; promueve la autonomía. Ejemplo los ex patronatos del psicópata en el interior del país.
- Casa de Medio Camino.  
No para usuarios UPD; dispositivo para la post crisis y pos internación, busca recuperar hábitos para convivencia social y familiar.
- Centro de Acogida. (UPD)

#### **UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN**

- Unidad de Corta Estadía.  
Usuarios cursando período de agudeza.
- Unidad de mediana estadía.  
Usuarios que deben mantener la terapéutica luego de pasar el período agudo de su sintomatología.
- Hospitalización Diurna.  
Atención diurna intensiva, alternativa a la Unidad de Corta Estadía.



## DISPOSITIVOS DE INCLUSIÓN SOCIAL

- Residencias asistidas.  
Supervisión de 24 horas, mediana estadía, trastornos severos, con autonomía mermada, sin cuidados médicos intensivos. Los usuarios viven allí.
- Hogares protegidos.  
Supervisión de 24 horas, larga estadía, poca o nula autonomía. Los usuarios viven allí por el período necesario.

### *2. Dispositivos para niños y adolescentes.*

## UNIDADES EN TERRITORIO

- Centro Diurno de Habilitación/Rehabilitación para niños/as y adolescentes.

## UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

- Unidad de corta estadía. (ídem adultos)
- Hospitalización diurna. (ídem adultos)

### **Exclusión:**

1. Dispositivos para adultos.
  - Viviendas supervisadas. (Casas de familia)
  - Centro de inclusión laboral.
  - Centro para la inclusión educativa.
  - ELEPEM que tengan usuarios mayores de 65 años con patologías psiquiátricas.
  - Equipo básico del Primer Nivel de Atención. (Policlínicas, puestos de salud, rondas, dispositivos móviles)
  - Equipo especializado de Salud Mental. (Policlínicas, puestos de salud, rondas, dispositivos móviles)
  - Dispositivos de atención móvil. (Consultas)



2. Dispositivos para niños y adolescentes.
  - Equipo especializado de salud mental. (Policlínicas)
  - Equipo de habilitación/rehabilitación para las dificultades del desarrollo, aprendizajes, problemas emocionales y comportamentales en niños/as y adolescentes.

Algunas consideraciones a tener en cuenta para la confección de la lista en base a estos criterios de inclusión y exclusión:

1. Una misma institución u organización puede tener criterios de inclusión y exclusión al mismo tiempo por el tipo de servicios que brinda. Que tenga criterios de exclusión no la exime de estar en la lista, se debe incluir. Ejemplo Hospital Vilardebó; Hospitales polivalentes públicos y privados, etc.
2. Se busca identificar para la lista instituciones u organizaciones con sus dispositivos, no se busca incluir el cumplimiento de una prestación de salud mental. Ejemplo: puede que una institución de salud tenga la prestación de hospitalización de mediana estadía pero la tercerice en otra. Lo que se busca identificar en la lista es la segunda y no la primera. Ejemplo una institución X de FEPREMI o de MVD la internación de mediana estadía la brinda a través de un sanatorio o clínica privada (Villa Carmen, Del Parque, Klinos, etc.)
3. Las instituciones u organizaciones pueden tener más de un criterio de inclusión. En ese se solicitará que se mencione en la columna de observaciones mencionar sus distintas prestaciones.
4. Quedan solo excluidas de la lista las instituciones y organizaciones aquellas que solo tienen uno o más criterios de exclusión.
5. Incluir ELEPEM que tenga usuarios menores de 65 años con patología psiquiátrica:
  - Residencias asistidas. (Supervisión de 24 horas, mediana estadía, trastornos severos, con autonomía mermada que no permite autonomía)
  - Hogares protegidos. (Supervisión de 24 horas, larga estadía, poca o nula autonomía)

Es de conocimiento público que en muchas localidades del país existen ELEPEM que tienen usuarios menores de 65 años con patología psiquiátrica que necesitan algunos de los criterios de asistencia mencionados arriba. Dada su condición normativa, no existen registros oficiales que permitan identificarlos, tendiendo que apelar al conocimiento y percepción de los actores locales y la DDS. Es importante incluirlos en la lista porque son información útil para el



desarrollo de la implementación de la ley y el cambio de modelo de atención, dado que son, a veces, el único recurso a nivel local.

#### Anexo 4: INSTRUCTIVO GUÍA PARA APLICAR EL FORMULARIO DE RELEVAMIENTO

Este documento complementa el formulario a ser aplicado a través de Google Forms donde se establecen las definiciones para su llenado *DIGECOOR* y de las *DDS del año 2023*.

Todos los campos a completar deberán escribirse en mayúsculas.

**Link:** cada departamento tendrá su formulario específico donde estarán cargados los establecimientos de ese lugar y tendrá acceso para seguir su evolución los referentes de cada DDS.

Las preguntas donde se despliegan opciones pueden ser:

- Solo se podrá optar por una *única opción*.
- Se podrá optar por *múltiples opción*.

#### PASO 1:

The screenshot shows a Google Form titled "Relevamiento Establecimientos Psiquiátricos". It includes a sharing status "No compartido", a legend "\* Indica que la pregunta es obligatoria", and three main sections:

- Fecha \***: A date selection field with the format "dd/mm/aaaa". An arrow points to this field with the text: "Elegir la **fecha** en que se completa el formulario en el calendario que se despliega."
- Nombre del Establecimiento y/o Sede \***: A list of radio button options: EL RESGUARDO, "COMUNIDAD TERAPÉUTICA BETHANIA", LOS ROBLES, SENDEROS, GREMEDA, ASSE\_ARTIGAS, and Otros: [text input]. An arrow points to this list with the text: "En este listado aparecerán los establecimientos de cada departamento. Elegir al cual pertenece. Ej: en la imagen están los de Artigas."
- Otros:**: A text input field for establishments not listed. An arrow points to this field with the text: "En este espacio, escribir el nombre del establecimiento, si NO figura en la lista anterior."



Razón Social

Tu respuesta

Dirección (calle, numero) \*

Barrio

Tu respuesta

Departamento \*

Siguiente

Borrar formulario

Es la denominación por la cual se conoce colectivamente a una empresa. Puede ser el nombre de una persona o de una organización y no tiene por qué coincidir con el nombre del establecimiento o nombre fantasía.

Escribir la dirección y el barrio donde funciona el establecimiento.

Elija de la lista su departamento.

Luego de completar esta etapa y asegurarse que no queden campos vacíos, hacer clic en **“Siguiente”**

Relevamiento Establecimientos  
Psiquiátricos

No compartido

Maldonado

Localidad

Atrás

Siguiente

Borrar formulario

Elija de la lista su localidad.

Luego hacer clic en **“Siguiente”**

**Establecimiento**

Teléfono \*

Correo Electrónico \*

Nombre Director Técnico \*

Teléfono del Director Técnico

Tu respuesta

Correo electrónico del Director Técnico

Tu respuesta

Atrás    Siguiente    Borrar formulario

Escribir el teléfono y correo electrónico del **Establecimiento**.  
El teléfono sin puntos, ni espacios, tal como lo digita para llamar, (fijo o celular) Ej: 099999999 o 23456789

Escribir nombre y apellido, teléfono y correo electrónico del **director técnico**, si no lo tuviera persona responsable del establecimiento. No incluya el cargo profesional, ejemplo Juan Pérez en lugar de Dr. Juan Pérez.

Luego hacer clic en **“Siguiente”**

**Relevamiento Establecimientos Psiquiátricos**

No compartido    Se guardó el borrador

\* Indica que la pregunta es obligatoria

Elegir

- Para UPD
- Psiquiátrico
- Ambos (para UPD y Psiquiátricos)

Población beneficiaria: \*

Menores de 18 años

Elija una opción de acuerdo a la modalidad de su dispositivo.

Elija una opción de acuerdo a la población atendida, pudiendo ser menor o mayor a 18 años.

***Para Menores de 18 años, elegir las opciones:***

Relevamiento Establecimientos Psiquiátricos

No compartido

**Menores 18 años**

Identifique Modalidad del Dispositivo

- Centro Diurno de Habilitación/Rehabilitación
- Unidad de corta estadía
- Hospitalización diurna

Atrás    Siguiente    Borrar formulario

→ Elija la o las modalidades de dispositivo de su establecimiento.

Luego hacer clic en **“Siguiente”**

***Para Mayores de 18 años, elegir las opciones:***

**Mayores de 18 años**

Identifique Modalidad del Dispositivo

- Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial
- Casa de Medio Camino
- Centro de Acogida. (UPD)
- Unidad de Corta Estadía
- Usuarios cursando período de agudeza
- Unidad de mediana estadía
- hospitalización diurna
- atención diurna intensiva
- residencia asistida
- hogar protegido
- ELEPEM con usuarios menores de 65 años

Atrás    Siguiente    Borrar formulario

→ Elija la o las modalidades de dispositivo de su establecimiento.

Luego hacer clic en **“Siguiente”**

**Modalidades de Intervención en el Tratamiento y rehabilitación**

Población beneficiaria, Estructura y RRHH

Modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación

Médico

Psicológico

Socio-comunitario

Describe brevemente las modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación (ejemplo, farmacológico, psicoterapéuticos, comunitarios, internación, etc.)

Tu respuesta \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de personas promedio atiende el establecimiento por mes? \*

\_\_\_\_\_

Seleccionar la o las modalidades de intervención del establecimiento. <sup>1</sup>

En el espacio disponible se debe redactar las formas de tratamiento y rehabilitación que realizan en el centro.

Escribir allí el **número** aproximado promedio de personas que atiende en un mes.

*Promedio: número total de personas atendidas en un año dividido cantidad de meses del año 12.*

<sup>6</sup> Se entiende por, **Tratamiento Médico**: Conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión. (<https://dpej.rae.es/lema/tratamiento-m%C3%A9dico>) **Tratamiento Psicológico** Cualquier modalidad de intervención en la que un profesional de la psicología aborde el tratamiento con una persona o grupo de personas. **Tratamiento Socio-comunitarios** son enfoques terapéuticos que se centran en el apoyo y la intervención en el entorno social del paciente. Pueden involucrar intervenciones psicosociales, educativas, laborales y de rehabilitación, y pueden ser proporcionados por profesionales de la salud mental en entornos comunitarios.



\*

Identifique las patologías admitidas en el establecimiento

- F00–F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
- F10–F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- F20–F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
- F30–F39 Trastornos del humor [afectivos]
- F40–F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
- F50–F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
- F60–F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F70–F79 Retraso mental
- F80–F89 Trastornos del desarrollo psicológico
- F90–F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
- Otros: \_\_\_\_\_

\*

Este establecimiento atiende a:

Solo Hombres ▾

Selecione el tipo de patologías que admite el establecimiento, codificación perteneciente al CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades, 10.ª edición). Accesible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Indicar aquí si el establecimiento atiende a **solo hombre, solo mujeres** o **ambos sexos**.



Identifique la cantidad de cupos totales disponibles en el establecimiento \*

Identifique, del total de cupos, si corresponde, ¿Qué cantidad de camas tiene?

¿Con cuantos Lic. en Enfermería cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

¿Con cuantos Aux. en Enfermería cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

¿Con cuantos médicos de Medicina General cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

¿Con cuantos Psiquiatras cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

¿Con cuantos Neurólogos cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

¿Con cuantos Psicólogos cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

¿Con cuantos Lic. en Trabajo Social cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

¿Con cuantos Psicomotricistas cuenta? \*  
Si no cuanta con ninguno colocar "0".

Cuál es la capacidad total del centro (número de personas).

Del total de cupos discriminar el número de camas.

En estas preguntas se deberá poner el **número** disponible de los diferentes profesionales que se van mencionando.

Si no se cuenta con alguno colocar "0".

Lic. En Enfermería, Aux. Enfermería, Medico Medicina General, Psiquiatras, Neurólogos, Psicólogos, Lic. En trabajo Social y Psicomotricista.

Ej. Si no cuentan con psiquiatra colocar "0" en su respuesta y si tienen 3 auxiliares de enfermería colocar "3"





En estas preguntas se deberá poner el **número** disponible de los diferentes profesionales que se van mencionando.

Si no se cuenta con alguno colocar "0".

Lic. En Enfermería, Aux. Enfermería, Medico Medicina General, Psiquiatras, Neurólogos, Psicólogos, Lic. En trabajo Social y Psicomotricista.

Ej. Si no cuentan con psiquiatra colocar "0" en su respuesta y si tienen 3 auxiliares de enfermería colocar "3"

¿Con cuantos Fonoaudiólogos cuenta? \*  
Si no cuenta con ninguno colocar "0".

Tu respuesta \_\_\_\_\_

¿Con cuantos Lic. en terapia ocupacional cuenta? \*  
Si no cuenta con ninguno colocar "0".

Tu respuesta \_\_\_\_\_

¿Cuenta con otros técnicos o profesionales? Cuales? \*  
Si no cuenta con ningún otro colocar "0".

Tu respuesta \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad de esos otros técnicos o profesionales? \*

Tu respuesta \_\_\_\_\_

Continuar con la lógica anterior, poner el **número** disponible de los profesionales en este caso para *Fonoaudiólogos y Lic. En terapia ocupacional*

En el caso de que la institución tenga otros técnicos o profesionales q no fueron mencionadas o incluidos en los recientemente descritos, **escribir cuales**. Ej. Tallerista.

Si no tiene otros colocar "0"

Colocar allí el **número total** de otros técnicos o profesionales. Siguiendo con el ejemplo anterior, si tiene tres talleristas, colocar allí "3"



Identifique el tipo de actividades en las que participan los/las usuarios/as del establecimiento \*

Laboral

Educativa

Deportiva

Artística

Recreativa

Otros: \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia se realizan las actividades \*

Diario ▾

Atrás **Enviar** Borrar formulario

Elegir el tipo de actividades que realizan los usuarios en el establecimiento. Pudiendo elegir más de una. En el caso de "otros" escribir la respuesta.

Seleccionar la frecuencia con la que se realizan estas actividades.

Para finalizar hacer clic en **"Enviar"**.



## Anexo 5: PRESENTACIÓN A DDS

### Hito 2

- Meta:

Hito 2: Coordinar el relevamiento de los establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas asignados por DIGECOOR

- Especificaciones de la meta:

Hito 2: Se entiende por coordinación al plan elaborado por la DDS para el relevamiento de la información. Se entiende por asignados a los establecimientos definidos por DIGECOOR una vez que se consolide la lista del hito 1

- Fuente datos

Hito 2: Plan de trabajo para la coordinación del relevamiento validado por la dirección de la DDS

#### *Orden del día:*

- Plan de trabajo
- Formulario – Instructivo – Distribución.
- Mesas de Ayudas.
- Control de cobertura y Pauta para la crítica (hito 3).



## Plan de Trabajo

- Como realizarán la coordinación de la aplicación del formulario.

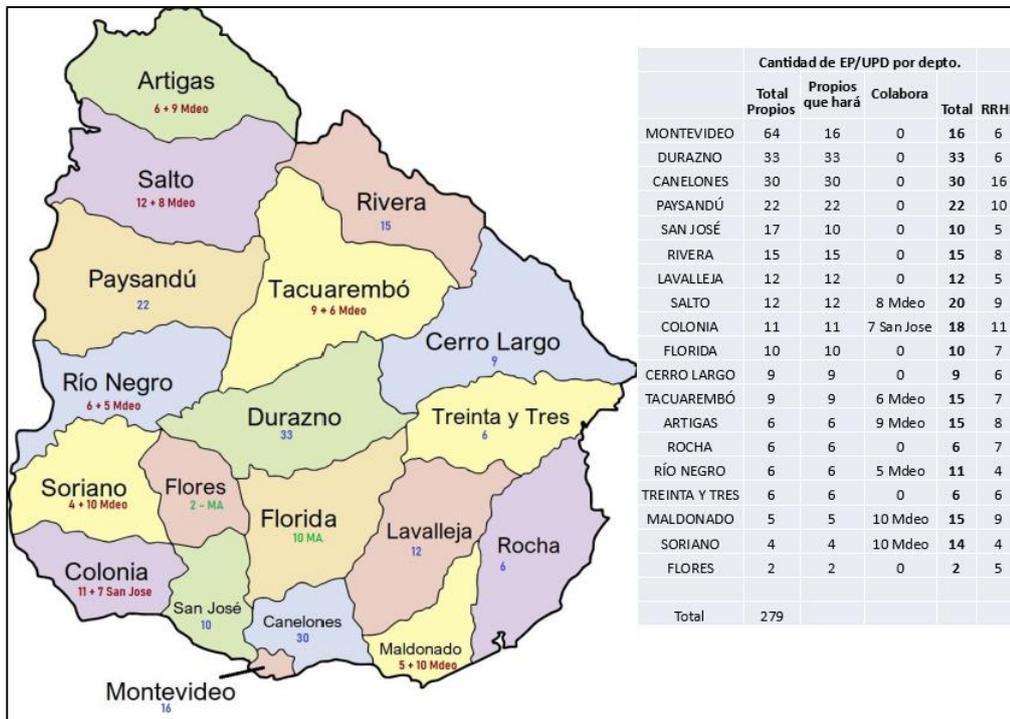
[https://  
docs.google.com/document/d/1uxaqizEEd\\_oHTL  
Qqsirolc9qk3LEnCPA/edit#heading=h.gjdgxs](https://docs.google.com/document/d/1uxaqizEEd_oHTLQqsirolc9qk3LEnCPA/edit#heading=h.gjdgxs)

## Formulario

[https://  
docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfBubPGM  
wyB6nNtroK0IZx\\_erPD2cUXNoWkdovuBkdGrSgyXw  
/viewform?usp=share\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfBubPGMwyB6nNtroK0IZx_erPD2cUXNoWkdovuBkdGrSgyXw/viewform?usp=share_link)

- Instructivo:

[https://  
drive.google.com/drive/folders/10ybOHPi7sl0R  
PLgk55zSD3lcLr9\\_DaHi](https://drive.google.com/drive/folders/10ybOHPi7sl0RPLgk55zSD3lcLr9_DaHi)



## Mesa de Ayuda

(enfundación el día 15 junio)



**Mesa de Ayuda Central:**  
Equipo de DIGECOOR  
Referentes MA Flores y Florida

**Función:** despejar las dudas de las mesas de ayuda locales.

[mesadeayuda.digecoorcg@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda.digecoorcg@msp.gub.uy)



**Mesa de Ayuda Local:**  
Referente de DDS

**Función:** despejar las dudas de los establecimientos

Establecimientos de todos los departamentos:



**Función:** completar los formularios



- Control de cobertura y Pauta para la crítica (hito 3).

Luego de entregado el plan de trabajo (plazo al 15 Junio) se realizara un zoom explicando este punto y se dará comienzo a la aplicación del formulario.



## **Anexo 6: PAUTA PARA EL DISEÑO DE LOS PLANES DE TRABAJO DE LAS DDS**

Este documento es la guía para la elaboración de los planes de trabajo de cada DDS para la coordinación del relevamiento de los establecimientos con usuarios con patologías psiquiátricas (EP y UPDF) asignados, *en el marco de los compromisos de gestión de la DIGECOOR y de las DDS del año 2023.*

### *Objetivo general*

Diseñar el plan de trabajo para la coordinación del relevamiento en territorio de los establecimientos con usuarios con patologías psiquiátricas y UPD asignados a cada DDS.

### *Objetivo específico*

Establecer tareas y acciones para la realización del relevamiento de los establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas (EP y UPD) asignados a partir del hito 1, a través de la aplicación de un formulario de recolección de Google drive.

Fecha límite para la elaboración de los planes: 15 junio de 2023.

### *Metodología*

- El establecimiento recibirá un email con el link para acceder al formulario y al instructivo. Los formularios deben ser completados por el responsable del establecimiento (dueño/a, dirección técnica).
- Para garantizar la uniformidad de la información recabada sólo se analizarán formularios completados en la plataforma (Google drive) indicada en su momento.
- En caso de que no haya respuesta por parte del establecimiento, la DDS debe diseñar una estrategia para que los responsables de los establecimientos completen el formulario.
- Una vez completado el formulario, la DDS debe verificar si el formulario está completo y si la información proporcionada es de calidad. Se facilitará una pauta a los efectos.
- A modo de ejemplo se listan algunas actividades posibles para lograr el llenado del formulario que pueden ser parte del plan:
  - Realizar instancias de “capacitación” con responsables de los establecimientos.
  - Solicitar el llenado vía telefónica o mail.



- Solicitar la información y completar la información vía telefónica o por zoom.
- Solicitar a los responsables que completen el formulario en la DDS (cuando sea posible) pudiendo brindarle el soporte informático si no lo tuviera.
- Completar la información presencialmente cuando sea posible.

### Elaboración del plan

A continuación se plantea un formulario básico para facilitar la elaboración y documentar el plan de cada DDS

<b>Acciones</b>	<b>Responsable/s</b>	<b>Plazo</b> <i>(Colocar aquí el periodo de tiempo que le llevara la tarea no las fechas, ej. 2 semanas luego del envío del link)</i>
¿Cómo hará <u>llevar el link</u> del formulario e instructivo a los responsables de los establecimientos?		
<u>Mesa de Ayuda</u> : ¿quiénes la integran?, ¿horario, vía de acceso (telefónico, mail, presencial, etc.)? ¿Cuál será el mail o teléfono para comunicarse? ¿Habrá registro de dudas planteadas?		
En el caso de no poder comunicarse ni <u>localizar</u> el establecimiento o a su responsable, ¿qué alternativas tomará, plan A, B, C, etc.?		
Una vez localizados, si <u>no reciben respuesta</u> para completar el formulario, ¿qué opciones utilizará para obtener la información, plan A, B, C, etc.?		



<b>Para garantizar el control de cobertura de las respuestas que vayan obteniendo, ¿qué estrategia utilizará? (Ej. Realizar un chequeo diario de los formularios en la plataforma indicada para observar del total cuántos están siendo completados)</b>		
<b>En referencia al control de la calidad de las respuestas en los formularios, cómo realizará dicha tarea. Si bien tendrá una herramienta para realizarlo, establezca con qué frecuencia la utilizará, cómo se organizará el personal para llevar adelante la tarea.</b>		
<b>Si surgen otros problemas o dificultades para coordinar el relevamiento, ¿qué acciones llevarán adelante para mitigarlas?</b>		

NOTA IMPORTANTE: Se ha determinado que algunas DDS coordinen el relevamiento de establecimientos para usuarios de patologías psiquiátricas que no están en su departamento. En estos casos tengan en cuenta que deberán incorporar las acciones que correspondan en el plan, salvo en la pregunta sobre la mesa de ayuda. A la vez, aquellas DDS que reciben la colaboración, deben poner en su plan qué acciones llevarán adelante (por ejemplo para el caso San José, una acción podría ser “Mantener contacto telefónico semanal con referentes de la mesa de ayuda de Colonia”).



## **Anexo 7: PAUTA PARA LA CRÍTICA DE LOS FORMULARIOS OBTENIDOS EN EL MARCO DEL COMPROMISO DE GESTIÓN 2023**

En todo proceso de investigación existen varias etapas que van desde la recolección de la información hasta la difusión de los resultados, por eso es de gran importancia que los datos sean sometidos a un análisis minucioso, de ello dependerá la calidad y consistencia de los resultados.

Los errores pueden tener su origen desde el proceso de campo por un mal registro de la información o porque los informantes no comprenden las preguntas formuladas o simplemente porque no desean cooperar en la entrega de información.

La crítica de la información es una etapa muy importante porque permite detectar inconsistencias entre preguntas, omisiones, datos exagerados y hasta duplicidades de la información obtenida en el proceso de campo.

### **La crítica. Principales conceptos**

Se entiende por “crítica” de los formularios al proceso que se realiza para obtener la mejor calidad posible de la información recolectada. En este proceso se debe analizar la información establecida en cada formulario, con el fin de encontrar errores o inconsistencias y rectificarlos, corregirlos o aclararlos. En el proceso de crítica se puede detectar errores causados por la interpretación errada de las preguntas, la falta de atención cuando se registra la información en el formulario o el no respeto del orden de preguntas y flujos del cuestionario por parte quienes completan el formulario.

Previo al proceso de crítica en sí, cada DDS deberá realizar el control de la cobertura. Se entiende por esto al control de haber recibido todos los formularios que los establecimientos que se les asignó.

La crítica incluye las siguientes actividades:

- Leer el instructivo.
- Analizar la completitud de la información de cada formulario.
- Analizar la calidad, precisión y consistencia de la información de las preguntas de cada formulario.
- Solicitar aclaraciones, profundización y/o completitud de los datos a quienes los ingresaron.

- Completar la planilla que se facilitó que debe incluir un control sistemático de los formularios criticados y los cambios efectuados.
- Realizar las modificaciones que correspondan en la base de datos que se genera con la información de los formularios.

Objetivos del proceso de crítica:

- Verificar la consistencia de los datos contenidos del formulario para asegurar la calidad y confiabilidad de la información.

Objetivos específicos de la crítica:

- Definir en cada categoría de respuesta las relaciones pertinentes con otras respuestas.
- Determinar la consistencia de la información para establecer el nivel de veracidad, calidad y coherencia dentro de la estructura de los formularios.
- Revisar cada pregunta de manera cautelosa para optimizar el proceso de relevamiento.

### **Tipos de error**

- Omisiones: este error se presenta cuando no se contestó o registró correctamente una pregunta-respuesta. Se considera una omisión no completar o completar en forma errónea los campos del formulario que no son obligatorios o las respuestas a las preguntas abiertas. Cualquier pregunta del formulario puede ser objeto de error debido al ingreso incorrecto de información.
  - Los campos no obligatorios del formulario son:
    - i. Razón social,
    - ii. Barrio,
    - iii. Teléfono del Director Técnico,
    - iv. Correo electrónico del Director Técnico,
    - v. Describa brevemente las modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación (ejemplo, farmacológico, psicoterapéuticos, comunitarios, internación, etc.).

Prestar especial atención al ingreso de la información en los siguientes campos:

- Razón Social es el nombre fiscal de la empresa que incluye el tipo societario, puede coincidir o no con el nombre de fantasía de la empresa o institución de asistencia.



Ejemplos, Razón Social: Hospital Español Dr. Juan José Crottogini. Nombre de fantasía: Hospital Español.

Razón social: La Sociedad Hospital Británico en el Uruguay. Nombre de fantasía: Hospital Británico.

- Número de teléfono: Todos los números de teléfonos fijos en Uruguay tienen 8 dígitos y los celulares tienen 9 dígitos (incluyendo el cero). En todos los casos en que se piden números de teléfono, se pueden ingresar otros caracteres como letras y signos, por lo tanto, esto requerirá especial atención. Ejemplo de cómo ingresar números de teléfonos fijos: 23452687, 43442256. Ejemplo de cómo ingresar números de celulares: 092345678, 099234890.
- Correo electrónico del Director Técnico: en todos los campos en que se solicita el ingreso de un correo electrónico, debe controlarse que la escritura se ajuste al formato conocido que incluye “@”, un punto y el nombre de un dominio. Los dominios comerciales más conocidos son gmail.com, yahoo.com.es, hotmail.com.uy. Como se ve, algunas direcciones de correo agregan la identificación del país (.es para España, .uy para Uruguay). Tenga presente que la vía correo electrónico es una de las más utilizadas para las comunicaciones, por tanto, si faltan datos o los datos no ajustan a la forma, la comunicación se interrumpe.
  - Respecto de campos obligatorios del formulario, observar que en todos los casos se ingrese la información solicitada en el formato requerido. Por ejemplo, cuando se solicita la cantidad de recursos humanos, verificar que se ingresen números estrictamente, y no otros caracteres como letras o signos.
- Inconsistencias: las inconsistencias ocurren cuando no existe una coherencia entre dos o más preguntas que guardan cierta relación entre sí. El formulario es un todo compuesto de partes. Es común que las preguntas guarden relación entre sí. Las respuestas a estas preguntas deben conservar una coherencia lógica para que la información recolectada pueda ser útil. Se pueden identificar distintas combinaciones de respuestas a preguntas conectadas:
  - a) Combinaciones posibles, son las que no necesitan sustituciones.



- b) Combinaciones imposibles, en este tipo de combinación es preciso repreguntar y reemplazar los datos.
- c) Combinaciones improbables, este tipo de combinación implica que probablemente las respuestas contienen un error, pero que en teoría no son imposibles.

Se anotará en la planilla facilitada el tipo de error y en las observaciones la razón del error y las gestiones realizadas.

Ejemplos de combinaciones imposibles:

- Cuando se indica “Unidad de Corta Estadía”, “hospitalización diurna”, “residencia asistida”, “hogar protegido” y no se enumera la cantidad de camas que tiene el establecimiento o hay un 0.
- Cuando se identifica como modalidad de intervención en el tratamiento y rehabilitación “médico” y se coloca “0” en las categorías de RRHH médicos.
- Cuando se identifican más camas que cupos totales disponibles en el establecimiento.

Ejemplos de combinaciones improbables:

- Cuando se elige un tipo de dispositivo, según el glosario enviado en el hito 1, que no contempla la franja etaria correspondiente.
- Cuando el tipo de dispositivo elegido no se corresponde con el tipo esperado según la información disponible (glosario y criterios de inclusión-exclusión).
- Datos exagerados: por lo general se da en las preguntas en las que se registra un valor. Puede ser que el dato registrado esté en proporción muy alta o muy baja de lo que aparentemente parece como lógica. Esta información podría ser correcta, pero merece una gestión posterior, como la reconsulta. A la vez, se anotará en la planilla facilitada el tipo de error y en las observaciones la razón del error y las gestiones realizadas.

Ejemplos de datos exagerados:

- Cuando la cantidad de personas promedio que atiende el establecimiento por mes es llamativamente alta o baja dadas las características del establecimiento.
- Cuando la cantidad de cupos totales o las camas disponibles en el establecimiento es llamativamente alta o baja.

- Cuando alguna categoría de RRHH tiene registros llamativamente altos o bajos.
- Duplicidades: Es cuando se recibe más de un formulario por el mismo establecimiento. En este caso quien realice el control y crítica deberá determinar cuál de los formularios validar y recomendar cuál o cuáles debieran eliminarse.

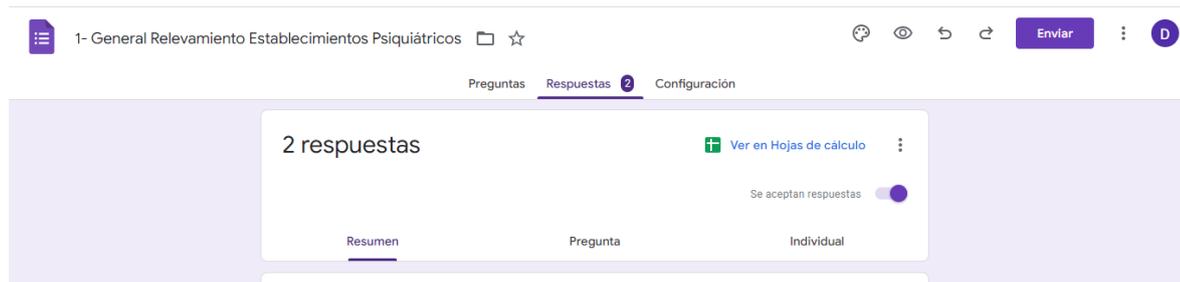
## Casos especiales

El objetivo del relevamiento de establecimientos para usuarios con patologías psiquiátricas es el de obtener información completa y confiable. Esto implica obtener la información de todos los establecimientos que fueron asignados a cada DDS para su coordinación de relevamiento.

Se consideran casos especiales: negativa a completar el formulario, cierre del establecimiento asignado, imposibilidad de localización del establecimiento. En estos tres casos, la DDS que coordina el relevamiento deberá labrar acta, firmada por su director/a departamental en la que conste con detalle los motivos que configuraron la situación.

## Sobre cómo modificar la base de datos que genera la información aportada por los formularios.

1. Ingresar con el enlace proporcionado por Digecoor central a cada DDS.
2. Hacer click en el botón RESPUESTAS.
3. Elegir “Ver hojas de cálculo” disponible en el sector derecho de página.



4. Se desplegará una planilla Excel con los datos de los formularios en donde cada DDS podrá modificar aquello que ha especificado en la planilla de crítica.

## Plazos para el relevamiento, período de crítica y cierre de formularios

El período de relevamiento se extenderá desde el 15 de junio de 2023 hasta el 15 de agosto de 2023.



La planilla elaborada para realizar la crítica de formularios estará disponible a través de la plataforma Google Drive a partir del 15 de junio de 2023.

Cada DDS podrá optar por realizar la crítica de formularios y completar la planilla facilitada durante el período de relevamiento (método sugerido) o hacerlo una vez finalizado ese período, es decir, en la etapa de crítica específicamente, que se prevé desde el 16 de agosto de 2023 al 14 de setiembre de 2023.

El plazo final para entregar las planillas de crítica de formularios es 15 de setiembre de 2023.

**IMPORTANTE:** En la planilla facilitada por Google Drive para realizar la crítica de formularios, por favor completar la columna “DDS que coordina” el relevamiento, dado que hay DDS que coordinan el relevamiento de establecimientos de otros departamentos.



## Anexo 8: Resumen de datos del relevamiento ampliado

Tabla 13 Distribución de tipo de patologías admitidas por los establecimientos según departamento.

Frecuencias absolutas.

Departamento	Patologías admitidas										Total
	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98	
Artigas	3	7	5	5	4	3	5	4	4	4	44
Canelones	11	9	17	13	8	6	10	15	11	10	110
Cerro Largo	0	1	6	0	0	0	1	3	0	0	11
Colonia	10	14	14	11	12	10	12	13	12	11	119
Durazno	11	4	10	13	9	15	20	15	11	8	116
Flores	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	37
Florida	4	3	6	5	3	2	3	7	7	4	44
Lavalleja	2	2	4	4	2	0	3	3	1	2	23
Maldonado	2	10	9	8	10	3	10	9	10	15	86
Montevideo	24	26	45	43	28	21	38	43	30	31	329
Paysandú	12	8	11	10	7	6	10	11	9	7	91
Rivera	4	8	9	14	5	4	5	6	4	8	67
Rocha	2	8	4	5	5	2	4	6	2	4	42
Río Negro	8	7	9	8	6	3	7	7	8	9	72
Salto	4	6	11	6	4	2	5	10	9	7	64
San José	10	9	14	9	5	4	6	13	9	5	84
Soriano	2	2	4	4	2	1	2	2	1	0	20
Tacuarembó	9	8	9	7	11	10	9	12	12	11	98
Treinta y Tres	1	1	3	1	1	1	1	0	0	0	9
Total	122	137	193	170	125	97	155	183	144	140	1466

Tabla 14 Porcentaje de establecimientos por departamento según población beneficiaria, tipo de dispositivo, tramo etario de la población beneficiaria

Departamento	Población beneficiaria							
	Menores de 18 años				Mayores de 18			
	Tipo de dispositivo				Tipo de dispositivo			
	Ambos	Establecimientos Psiquiátricos o similares	Establecimientos para UPD	Total	Ambos	Establecimientos Psiquiátricos o similares	Establecimientos para UPD	Total
Artigas	33%	33%	33%	100%	40%	0%	60%	100%
Colonia	100%	0%	0%	100%	69%	15%	15%	100%
Canelones	50%	0%	50%	100%	17%	58%	25%	100%
Cerro Largo	0%	0%	0%	0%	33%	67%	0%	100%
Durazno	50%	50%	0%	100%	28%	72%	0%	100%
Flores	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	100%
Florida	0%	100%	0%	100%	22%	56%	22%	100%
Lavalleja	0%	0%	0%	0%	17%	50%	33%	100%
Maldonado	0%	0%	0%	0%	7%	7%	87%	100%
Montevideo	29%	64%	7%	100%	18%	64%	18%	100%
Paysandú	0%	100%	0%	100%	17%	42%	42%	100%
Rivera	0%	100%	0%	100%	36%	29%	36%	100%
Rocha	50%	0%	50%	100%	29%	14%	57%	100%
Rio Negro	100%	0%	0%	100%	67%	33%	0%	100%
San José	0%	100%	0%	100%	18%	59%	24%	100%
Salto	0%	50%	50%	100%	38%	38%	25%	100%
Soriano	0%	0%	0%	0%	25%	75%	0%	100%
Tacuarembó	43%	57%	0%	100%	71%	29%	0%	100%
Treinta y Tres	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	100%
Total	43%	46%	11%	100%	27%	48%	25%	100%



Tabla 15 Cantidad de personas promedio atendidas por mes por establecimiento según Departamento

Departamento	Cantidad de personas atendidas por mes							Total
	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 o más	s/d	
Artigas	2	2	1	0	1	2	0	8
Canelones	4	12	4	4	1	1	0	26
Cerro Largo	0	2	2	0	1	0	1	6
Colonia	10	4	2	0	0	0	0	16
Durazno	15	8	2	3	0	3	0	31
Flores	3	1	0	0	0	0	0	4
Florida	3	3	3	0	0	2	0	11
Lavalleja	1	2	2	1	0	0	0	6
Maldonado	4	8	2	1	0	0	0	15
Montevideo	4	13	14	1	6	20	0	58
Paysandú	7	8	3	1	3	3	0	25
Rivera	3	2	3	4	1	2	0	15
Rocha	3	0	3	1	1	1	0	9
Río Negro	6	3	1	0	0	0	0	10
Salto	4	5	3	3	2	1	0	18
San José	3	6	2	2	2	3	0	18
Soriano	1	1	1	1	0	0	0	4
Tacuarembó	1	2	0	1	1	9	0	14
Treinta y Tres	1	0	2	0	0	1	0	4
Total	75	82	50	23	19	48	1	298

Gráfico 4

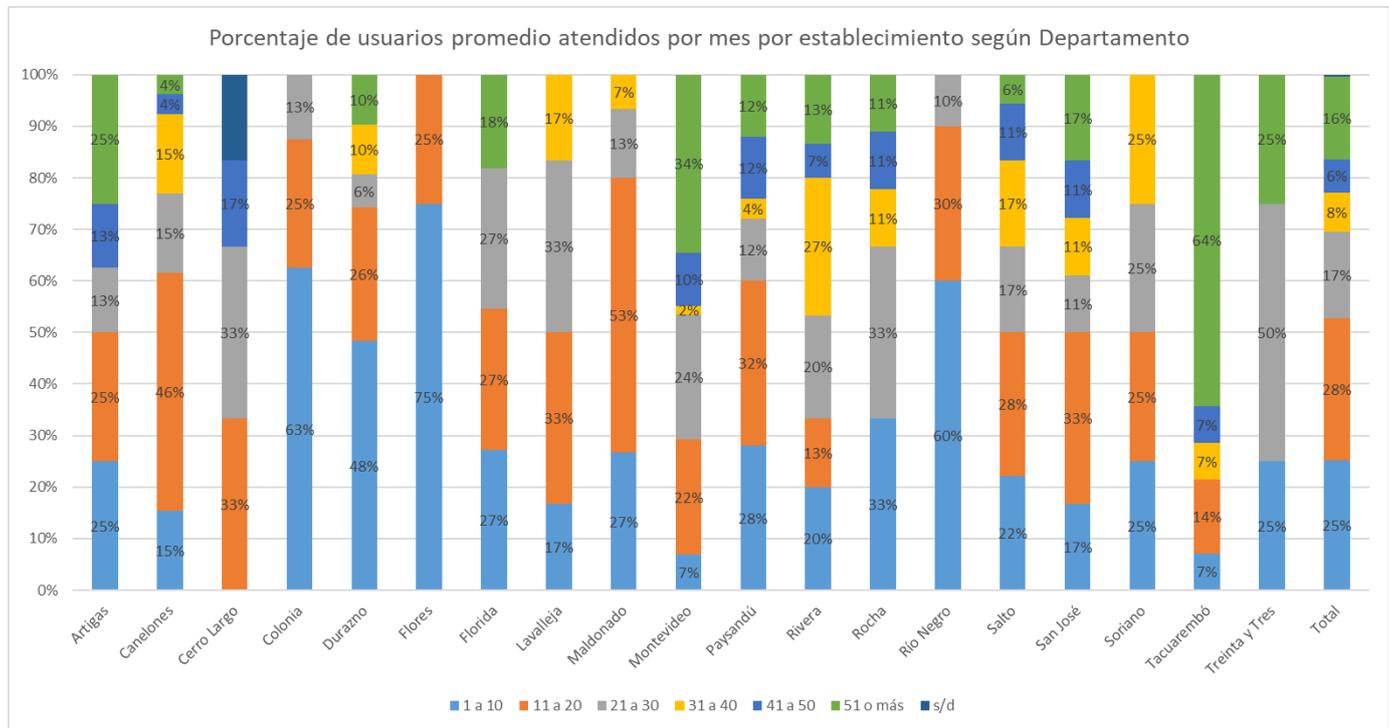


Tabla 16 Distribución intervalos de cupos de establecimientos por departamento. Frecuencias absolutas.

Departamento	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Más de 50	s/d	Total
Artigas	3	1	1	1	0	1	1	8
Canelones	2	13	5	3	3	0	0	26
Cerro Largo	1	1	2	1	1	0	0	6
Colonia	6	6	3	0	1	0	0	16
Durazno	11	12	3	1	3	1	0	31
Flores	3	0	1	0	0	0	0	4
Florida	4	3	1	1	0	2	0	11
Lavalleja	0	5	1	0	0	0	0	6
Maldonado	4	8	2	1	0	0	0	15
Montevideo	3	9	16	4	2	22	2	58
Paysandú	5	6	7	3	1	3	0	25
Rivera	2	2	3	5	1	2	0	15
Rocha	0	4	2	2	1	0	0	9
Río Negro	3	6	1	0	0	0	0	10
Salto	2	6	4	4	1	1	0	18
San José	2	5	4	1	3	3	0	18

Soriano	1	3	0	0	0	0	0	4
Tacuarembó	4	2	0	1	0	4	3	14
Treinta y Tres	2	0	2	0	0	0	0	4
Total	58	92	58	28	17	39	6	298

Tabla 17 Distribución intervalos de cupos de establecimientos por departamento.

Frecuencias relativas.

Departamento	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Más de 50	s/d	Total
Artigas	5%	1%	2%	4%	0%	3%	17%	3%
Canelones	3%	14%	9%	11%	18%	0%	0%	9%
Cerro Largo	2%	1%	3%	4%	6%	0%	0%	2%
Colonia	10%	7%	5%	0%	6%	0%	0%	5%
Durazno	19%	13%	5%	4%	18%	3%	0%	10%
Flores	5%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	1%
Florida	7%	3%	2%	4%	0%	5%	0%	4%
Lavalleja	0%	5%	2%	0%	0%	0%	0%	2%
Maldonado	7%	9%	3%	4%	0%	0%	0%	5%
Montevideo	5%	10%	28%	14%	12%	56%	33%	19%
Paysandú	9%	7%	12%	11%	6%	8%	0%	8%
Rivera	3%	2%	5%	18%	6%	5%	0%	5%
Rocha	0%	4%	3%	7%	6%	0%	0%	3%
Río Negro	5%	7%	2%	0%	0%	0%	0%	3%
Salto	3%	7%	7%	14%	6%	3%	0%	6%
San José	3%	5%	7%	4%	18%	8%	0%	6%
Soriano	2%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Tacuarembó	7%	2%	0%	4%	0%	10%	50%	5%
Treinta y Tres	3%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 18 Distribución intervalos de cupos de establecimientos en cada departamento. Frecuencias relativas.

Departamento	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Más de 50	s/d	Total
Artigas	38%	13%	13%	13%	0%	13%	13%	100%
Canelones	8%	50%	19%	12%	12%	0%	0%	100%
Cerro Largo	17%	17%	33%	17%	17%	0%	0%	100%
Colonia	38%	38%	19%	0%	6%	0%	0%	100%
Durazno	35%	39%	10%	3%	10%	3%	0%	100%
Flores	75%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	100%
Florida	36%	27%	9%	9%	0%	18%	0%	100%
Lavalleja	0%	83%	17%	0%	0%	0%	0%	100%
Maldonado	27%	53%	13%	7%	0%	0%	0%	100%
Montevideo	5%	16%	28%	7%	3%	38%	3%	100%
Paysandú	20%	24%	28%	12%	4%	12%	0%	100%
Rivera	13%	13%	20%	33%	7%	13%	0%	100%
Rocha	0%	44%	22%	22%	11%	0%	0%	100%
Río Negro	30%	60%	10%	0%	0%	0%	0%	100%
Salto	11%	33%	22%	22%	6%	6%	0%	100%
San José	11%	28%	22%	6%	17%	17%	0%	100%
Soriano	25%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Tacuarembó	29%	14%	0%	7%	0%	29%	21%	100%
Treinta y Tres	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	100%
Total	19%	31%	19%	9%	6%	13%	2%	100%

Tabla 19 Distribución intervalos de camas de establecimientos según departamento. Frecuencias absolutas.

Departamento	Cantidad de camas según establecimiento y departamento									Total
	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 100	100 a 500	s/d	sin camas	
Artigas	2	1	2	0	0	0	0	1	2	8
Canelones	3	12	4	3	3	0	0	0	1	26
Cerro Largo	1	2	1	0	1	0	0	0	1	6
Colonia	11	2	1	0	0	0	0	0	2	16
Durazno	10	12	3	1	2	0	0	0	3	31
Flores	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Florida	2	3	0	0	0	0	0	0	6	11
Lavalleja	0	3	0	0	0	0	0	0	3	6
Maldonado	9	3	0	0	0	0	0	0	3	15
Montevideo	7	9	14	3	2	10	3	1	9	58
Paysandú	4	11	4	1	1	0	0	0	4	25
Rivera	2	3	3	5	0	1	0	0	1	15
Rocha	4	3	0	0	0	0	0	0	2	9

Río Negro	6	3	0	0	0	0	0	0	1	10
Salto	2	7	3	2	1	1	0	0	2	18
San José	1	5	4	1	2	1	1	0	3	18
Soriano	1	2	0	0	0	0	0	0	1	4
Tacuarembó	5	1	0	1	0	0	0	3	4	14
Treinta y Tres	2	0	2	0	0	0	0	0	0	4
Total	76	82	41	17	12	13	4	5	48	298

Tabla 20 Distribución intervalos de camas de establecimientos según departamento. Frecuencias relativas.

Departamento	Cantidad de camas									Total
	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 100	100 a 500	s/d	sin camas	
Artigas	3%	1%	5%	0%	0%	0%	0%	20%	4%	3%
Canelones	4%	15%	10%	18%	25%	0%	0%	0%	2%	9%
Cerro Largo	1%	2%	2%	0%	8%	0%	0%	0%	2%	2%
Colonia	14%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	5%
Durazno	13%	15%	7%	6%	17%	0%	0%	0%	6%	10%
Flores	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Florida	3%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	4%
Lavalleja	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	2%
Maldonado	12%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	5%
Montevideo	9%	11%	34%	18%	17%	77%	75%	20%	19%	19%
Paysandú	5%	13%	10%	6%	8%	0%	0%	0%	8%	8%
Rivera	3%	4%	7%	29%	0%	8%	0%	0%	2%	5%
Rocha	5%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	3%
Río Negro	8%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%
Salto	3%	9%	7%	12%	8%	8%	0%	0%	4%	6%
San José	1%	6%	10%	6%	17%	8%	25%	0%	6%	6%
Soriano	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	1%
Tacuarembó	7%	1%	0%	6%	0%	0%	0%	60%	8%	5%
Treinta y Tres	3%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 21 Distribución intervalos de camas de establecimientos en cada departamento. Frecuencias relativas.

Departamento	Cantidad de camas									Total
	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 100	100 a 500	s/d	sin camas	
Artigas	25%	13%	25%	0%	0%	0%	0%	13%	25%	100%
Canelones	12%	46%	15%	12%	12%	0%	0%	0%	4%	100%
Cerro Largo	17%	33%	17%	0%	17%	0%	0%	0%	17%	100%
Colonia	69%	13%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	100%



Durazno	32%	39%	10%	3%	6%	0%	0%	0%	10%	100%
Flores	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Florida	18%	27%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	55%	100%
Lavalleja	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	100%
Maldonado	60%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%	100%
Montevideo	12%	16%	24%	5%	3%	17%	5%	2%	16%	100%
Paysandú	16%	44%	16%	4%	4%	0%	0%	0%	16%	100%
Rivera	13%	20%	20%	33%	0%	7%	0%	0%	7%	100%
Rocha	44%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	22%	100%
Río Negro	60%	30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	100%
Salto	11%	39%	17%	11%	6%	6%	0%	0%	11%	100%
San José	6%	28%	22%	6%	11%	6%	6%	0%	17%	100%
Soriano	25%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	100%
Tacuarembó	36%	7%	0%	7%	0%	0%	0%	21%	29%	100%
Treinta y Tres	50%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Total	26%	28%	14%	6%	4%	4%	1%	2%	16%	100%

Tabla 22 Distribución relativa de modalidades de intervención identificadas por los establecimientos según departamento.

Departamento	Casa de medio camino	Centro diurno de habilitación / rehabilitación	Centro de acogida para UPD	Hogar protegido	Hospitalización diurna	Internación Domiciliaria	Residencia asistida	Unidad de Corta Estadía	Unidad de mediana estadía	CDRP	Total
Artigas	0%	9%	4%	0%	0%	0%	1%	4%	3%	0%	2%
Canelones	18%	9%	10%	18%	0%	0%	14%	3%	8%	0%	10%
Cerro Largo	0%	0%	0%	5%	0%	0%	0%	3%	0%	3%	2%
Colonia	0%	0%	6%	2%	0%	0%	0%	15%	0%	6%	4%
Durazno	0%	0%	0%	4%	14%	0%	29%	4%	3%	9%	10%
Flores	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	1%
Florida	0%	9%	4%	4%	0%	0%	0%	1%	0%	11%	3%
Lavalleja	9%	0%	4%	2%	0%	0%	2%	1%	6%	6%	3%
Maldonado	9%	0%	24%	0%	0%	0%	1%	1%	3%	0%	4%
Montevideo	36%	30%	4%	22%	29%	100%	21%	27%	39%	17%	23%
Paysandú	9%	0%	12%	9%	14%	0%	8%	1%	6%	11%	7%
Rivera	0%	9%	22%	11%	43%	0%	7%	4%	8%	6%	10%
Rocha	9%	4%	0%	2%	0%	0%	0%	4%	8%	9%	3%
Río Negro	0%	0%	0%	2%	0%	0%	0%	10%	3%	3%	3%
Salto	0%	4%	6%	4%	0%	0%	9%	1%	6%	3%	5%
San José	0%	4%	6%	15%	0%	0%	3%	0%	6%	6%	5%
Soriano	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	3%	1%
Tacuarembó	0%	22%	0%	2%	0%	0%	2%	6%	3%	9%	4%



Treinta y Tres	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	1%	0%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 23 Distribución relativa de modalidades de intervención en cada departamento.

Departamento	Casa de medio camino	Centro diurno de habilitación / rehabilitación	Centro de acogida para UPD	Hogar protegido	Hospitalización diurna	Internación Domiciliaria	Residencia asistida	Unidad de Corta Estadía	Unidad de mediana estadía	CDRP	Total
Artigas	0%	22%	22%	0%	0%	0%	11%	33%	11%	0%	100%
Canelones	5%	5%	14%	27%	0%	0%	35%	5%	8%	0%	100%
Cerro Largo	0%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	33%	0%	17%	100%
Colonia	0%	0%	19%	6%	0%	0%	0%	63%	0%	13%	100%
Durazno	0%	0%	0%	6%	3%	0%	72%	8%	3%	8%	100%
Flores	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Florida	0%	18%	18%	18%	0%	0%	0%	9%	0%	36%	100%
Lavalleja	9%	0%	18%	9%	0%	0%	18%	9%	18%	18%	100%
Maldonado	6%	0%	75%	0%	0%	0%	6%	6%	6%	0%	100%
Montevideo	5%	8%	2%	14%	2%	1%	22%	21%	16%	7%	100%
Paysandú	4%	0%	22%	19%	4%	0%	26%	4%	7%	15%	100%
Rivera	0%	6%	31%	17%	8%	0%	17%	8%	8%	6%	100%
Rocha	8%	8%	0%	8%	0%	0%	0%	25%	25%	25%	100%
Río Negro	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	70%	10%	10%	100%
Salto	0%	6%	17%	11%	0%	0%	44%	6%	11%	6%	100%
San José	0%	5%	16%	42%	0%	0%	16%	0%	11%	11%	100%
Soriano	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	25%	100%
Tacuarembó	0%	31%	0%	6%	0%	0%	13%	25%	6%	19%	100%
Treinta y Tres	0%	0%	0%	0%	0%	0%	75%	25%	0%	0%	100%
Total	3%	6%	14%	15%	2%	0%	24%	18%	10%	9%	100%

Tabla 24 Modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación por establecimiento según departamento

Departamento	Médico	Médico, Psicológico	Méd., Psicológico, Socio-comunitario	Médico, Socio-comunitario	Psicol.	Psicológico, Socio-comunitario	Socio-comunitario	Total
Artigas	0	3	3	0	1	1	0	8
Canelones	7	3	4	1	1	2	8	26
Cerro Largo	3	2	0	0	0	0	1	6
Colonia	0	6	4	0	0	1	5	16
Durazno	13	3	7	2	0	0	6	31
Flores	0	0	3	1	0	0	0	4
Florida	1	0	0	0	0	4	6	11



Lavalleja	1	0	1	0	0	0	4	6
Maldonado	0	1	2	0	0	0	12	15
Montevideo	11	11	26	4	0	2	4	58
Paysandú	2	0	6	1	2	1	13	25
Rivera	1	5	3	0	0	1	5	15
Rocha	1	2	2	0	0	4	0	9
Río Negro	0	4	4	0	0	1	1	10
Salto	1	2	4	2	1	0	8	18
San José	7	0	3	1	0	3	4	18
Soriano	0	1	3	0	0	0	0	4
Tacuarembó	0	3	5	1	0	2	3	14
Treinta y Tres	0	0	2	0	0	0	2	4
Total	48	46	82	13	5	22	82	298

Tabla 25 Distribución de modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación por establecimiento según departamento

Departamento	Médico	Médico, Psicológico	Méd., Psicológico, Socio- comunitario	Médico, Socio-comu- nitario	Psicol.	Psicológico, Socio- comunitario	Socio- comuni- tario	Total
Artigas	0%	7%	4%	0%	20%	5%	0%	3%
Canelones	15%	7%	5%	8%	20%	9%	10%	9%
Cerro Largo	6%	4%	0%	0%	0%	0%	1%	2%
Colonia	0%	13%	5%	0%	0%	5%	6%	5%
Durazno	27%	7%	9%	15%	0%	0%	7%	10%
Flores	0%	0%	4%	8%	0%	0%	0%	1%
Florida	2%	0%	0%	0%	0%	18%	7%	4%
Lavalleja	2%	0%	1%	0%	0%	0%	5%	2%
Maldonado	0%	2%	2%	0%	0%	0%	15%	5%
Montevideo	23%	24%	32%	31%	0%	9%	5%	19%
Paysandú	4%	0%	7%	8%	40%	5%	16%	8%
Rivera	2%	11%	4%	0%	0%	5%	6%	5%
Rocha	2%	4%	2%	0%	0%	18%	0%	3%
Río Negro	0%	9%	5%	0%	0%	5%	1%	3%
Salto	2%	4%	5%	15%	20%	0%	10%	6%
San José	15%	0%	4%	8%	0%	14%	5%	6%
Soriano	0%	2%	4%	0%	0%	0%	0%	1%
Tacuarembó	0%	7%	6%	8%	0%	9%	4%	5%
Treinta y Tres	0%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 26 Modalidades de intervención en el tratamiento y rehabilitación por departamento

Departamento	Médico	Médico, Psicológico	Méd., Psicológico, Socio- comunitario	Médico, Socio-comu- nitario	Psicol.	Psicológico, Socio- comunitario	Socio- comuni- tario	Total
Artigas	0%	38%	38%	0%	13%	13%	0%	100%
Canelones	27%	12%	15%	4%	4%	8%	31%	100%
Cerro Largo	50%	33%	0%	0%	0%	0%	17%	100%
Colonia	0%	38%	25%	0%	0%	6%	31%	100%
Durazno	42%	10%	23%	6%	0%	0%	19%	100%
Flores	0%	0%	75%	25%	0%	0%	0%	100%
Florida	9%	0%	0%	0%	0%	36%	55%	100%
Lavalleja	17%	0%	17%	0%	0%	0%	67%	100%
Maldonado	0%	7%	13%	0%	0%	0%	80%	100%
Montevideo	19%	19%	45%	7%	0%	3%	7%	100%
Paysandú	8%	0%	24%	4%	8%	4%	52%	100%
Rivera	7%	33%	20%	0%	0%	7%	33%	100%
Rocha	11%	22%	22%	0%	0%	44%	0%	100%
Río Negro	0%	40%	40%	0%	0%	10%	10%	100%
Salto	6%	11%	22%	11%	6%	0%	44%	100%
San José	39%	0%	17%	6%	0%	17%	22%	100%
Soriano	0%	25%	75%	0%	0%	0%	0%	100%
Tacuarembó	0%	21%	36%	7%	0%	14%	21%	100%
Treinta y Tres	0%	0%	50%	0%	0%	0%	50%	100%
Total	16%	15%	28%	4%	2%	7%	28%	100%

Tabla 27 Distribución de actividades que realizan los usuarios según frecuencia en el tiempo. frecuencias absolutas.

Tipo de actividades	Diaria	Semanal	Mensual	total
ACCESO A TERAPIAS	0	1	0	1
ACTIVACIÓN	1	0	0	1
ACTIVIDAD SOCIAL VOLUNTARIA	1	0	0	1
ACTIVIDADES DE LA CASA	2	0	0	2
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	1	0	0	1
ACTIVIDADES RECREATIVAS	1	0	0	1
APARATOLOGÍA PARA EJERCICIO FÍSICO	1	0	0	1
APOYO	0	1	0	1
ARMADO DE CURRÍCULUM	1	0	0	1
ARMONIZACIÓN	1	0	0	1
ARTÍSTICA	75	34	1	110
ASISTENCIAL	7	0	0	7



BIBLIA	11	0	0	11
COCINA	4	0	0	4
COGNITIVA	2	0	0	2
COMUNICACIÓN	1	0	0	1
CONCURREN A REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD Y AL CENTRO CULTURAL RECREATIVO	3	0	0	3
CULTURALES	0	1	0	1
DANZA	1	0	0	1
DEPORTIVA	104	40	0	144
DOMÉSTICA	5	0	0	5
EDUCACIÓN FORMAL (PRIMARIA)	1	0	0	1
EDUCATIVA	111	33	3	147
EMERGENTOLOGÍA	0	0	1	1
EQUINOTERAPIA	1	0	0	1
ESPIRITUAL	8	0	0	8
ESTIMULACIÓN	1	0	0	1
ESTIMULACIÓN COGNITIVA	1	0	0	1
FORMACIÓN DE HÁBITOS	1	0	0	1
FÚTBOL	1	0	0	1
GASTRONOMÍA	1	0	0	1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	0	0	1	1
GIMNASIA	1	0	0	1
GRUPAL	1	1	0	2
GRUPOS TERAPÉUTICOS	1	0	0	1
HABILIDADES	1	0	0	1
HOLÍSTICAS	1	0	0	1
HUERTA	2	0	0	2
INTERNACIÓN	1	0	0	1
LABORAL	68	12	2	82
LABORES DE CAMPO	1	0	0	1
LABORES DOMÉSTICAS	2	0	0	2
LABORTERAPIA	3	0	0	3
LABORTERAPIA EN LA COMUNIDAD	0	1	0	1
LAVADERO	1	0	0	1
LECTURA DE LA BIBLIA	1	0	0	1
LIMPIEZA	1	0	0	1
LOMBRICULTURA	1	0	0	1
LUDOTERAPIA	1	0	0	1
MEDITACIÓN	1	0	0	1
MINDFULNESS	1	0	0	1
NARCÓTICOS Y ALCOHOLICOS ANÓNIMOS	1	0	0	1
NATACIÓN	1	0	0	1



NINGUNA	8	1	2	11
OFICIOS	1	0	0	1
OTROS	2	1	0	3
PANADERIA	2	0	0	2
PROGRAMA ACCESOS MIDES	1	0	0	1
PROVEEDURÍA	1	0	0	1
PSICOLÓGICO	0	1	0	1
PSICOMOTRICIDAD	1	0	0	1
PSICOSOCIAL	1	0	0	1
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL ESPACIO SOCIOEDUCATIVO ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y SOCIOAFECTIVO. TALLERES TEMÁTICOS	1	0	0	1
PSICOTERAPÉUTICAS	1	0	0	1
PSIQUIÁTRICA	0	1	0	1
RADIO	1	0	0	1
RECREATIVA	150	74	6	230
REHABILITACIÓN	2	2	0	4
RELIGIOSA	21	2	0	23
RESOCIALIZACIÓN	1	0	0	1
SALEN A LA PLAZA DEL BARRIO	0	1	0	1
SALIDAS CULTURALES	1	0	0	1
SEMANALES	0	1	0	1
SOCIALES	9	0	0	9
SOCIOCULTURALES	0	1	0	1
TALLERES	2	1	0	3
TALLERES DE PREVENCIÓN LDE SUICIDIO ANSIEDAD DUELO	0	0	1	1
TALLERES DE PSICOMOTRICIDAD	0	1	0	1
TALLERES OCUPACIONALES OPTATIVOS	3	0	0	3
TALLERES TERAPEUTICOS	1	0	0	1
TAREAS DE CAMPO	1	0	0	1
TAREAS OCUPACIONALES	4	0	0	4
TEATRO	1	0	0	1
TERAPEUTICA	0	1	0	1
TERAPEUTICOS	0	1	0	1
TERAPIA	1	0	0	1
TERAPIA OCUPACIONAL	1	0	0	1
TERAPIAS	1	0	0	1
Total	658	213	17	888

Tabla 28 Distribución de actividades que realizan los usuarios según departamento. Frecuencias absolutas y relativas.

Departamentos	Tipo de actividades	Frec.	%
Artigas	ARTÍSTICA	2	7%
	ASISTENCIAL	1	4%
	DEPORTIVA	5	19%
	EDUCACIÓN FORMAL (primaria)	1	4%
	EDUCATIVA	4	15%
	HUERTA	1	4%
	LABORAL	2	7%
	LABORTERAPIA	2	7%
	NINGUNA	1	4%
	PANADERÍA	1	4%
	RECREATIVA	5	19%
	REHABILITACIÓN	1	4%
	TALLERES	1	4%
	Total	27	100%
Colonia	ARTÍSTICA	2	5%
	BIBLIA	2	5%
	DEPORTIVA	6	16%
	EDUCATIVA	8	22%
	LABORAL	3	8%
	NINGUNA	6	16%
	RECREATIVA	7	19%
	RELIGIOSA	3	8%
	Total	37	100%
Canelones	ACTIVIDADES DE LA CASA	1	1%
	ACTIVIDADES RECREATIVAS	1	1%
	ARTÍSTICA	12	12%
	CULTURALES	1	1%
	DEPORTIVA	19	19%
	EDUCATIVA	17	17%
	EMERGENTOLOGÍA	1	1%
	FÚTBOL	1	1%
	GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	1	1%
	GIMNASIA	1	1%
	LABORAL	13	13%
	LABORES DE CAMPO	1	1%
	LABORTERAPIA	1	1%
	LUDOTERAPIA	1	1%
	NATACIÓN	1	1%
	RECREATIVA	23	23%
	TAREAS DE CAMPO	1	1%
	TEATRO	1	1%
TERAPIA OCUPACIONAL	1	1%	



	Total	98	100%
Cerro Largo	ARTÍSTICA	1	11%
	DEPORTIVA	1	11%
	EDUCATIVA	1	11%
	RECREATIVA	6	67%
	Total	9	100%
Durazno	ARTÍSTICA	15	22%
	BIBLIA	1	1%
	DEPORTIVA	11	16%
	EDUCATIVA	8	12%
	LABORAL	5	7%
	NINGUNA	3	4%
	RECREATIVA	23	34%
	RELIGIOSA	1	1%
	Total	67	100%
Flores	ASISTENCIAL	2	50%
	RECREATIVA	2	50%
	Total	4	100%
Florida	ARTÍSTICA	2	6%
	COCINA	1	3%
	COMUNICACIÓN	1	3%
	DEPORTIVA	6	19%
	EDUCATIVA	5	16%
	LABORAL	3	9%
	NINGUNA	2	6%
	OFICIOS	1	3%
	RADIO	1	3%
	RECREATIVA	8	25%
	REHABILITACIÓN	1	3%
	RELIGIOSA	1	3%
	Total	32	100%
Lavalleja	ARTÍSTICA	1	4%
	BIBLIA	1	4%
	DEPORTIVA	4	17%
	EDUCATIVA	3	13%
	GRUPAL	1	4%
	HUERTA	1	4%
	LABORAL	2	8%
	LOMBRICULTURA	1	4%
	NINGUNA	1	4%
	RECREATIVA	5	21%
	RELIGIOSA	1	4%



	SOCIALES	2	8%
	TERAPIA	1	4%
	Total	24	100%
Maldonado	ARTÍSTICA	9	13%
	DEPORTIVA	13	18%
	EDUCATIVA	9	13%
	ESPIRITUAL	7	10%
	LABORAL	7	10%
	RECREATIVA	15	21%
	RELIGIOSA	7	10%
	SOCIALES	4	6%
	Total	71	100%
Montevideo	ACTIVACIÓN	1	0%
	ACTIVIDADES DE LA CASA	1	0%
	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	1	0%
	APOYO	1	0%
	ARMADO DE CURRÍCULUM	1	0%
	ARMONIZACIÓN	1	0%
	ARTÍSTICA	32	15%
	COCINA	2	1%
	COGNITIVA	1	0%
	DANZA	1	0%
	DEPORTIVA	37	17%
	EDUCATIVA	33	15%
	EQUINOTERAPIA	1	0%
	ESTIMULACIÓN COGNITIVA	1	0%
	GRUPAL	1	0%
	GRUPOS TERAPÉUTICOS	1	0%
	HABILIDADES	1	0%
	LABORAL	20	9%
	LAVADERO	1	0%
	LIMPIEZA	1	0%
	NARCÓTICOS Y ALCOHOLICOS ANÓNIMOS	1	0%
	OTROS	1	0%
	PANADERIA	1	0%
	PROVEEDURÍA	1	0%
	PSICOLÓGICO	1	0%
	PSICOMOTRICIDAD	1	0%
	PSICOSOCIAL	1	0%
	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Y GRUPAL ESPACIO SOCIOEDUCATIVO ACOMPañAMIENTO FAMILIAR Y SOCIOAFECTIVO. TALLERES TEMÁTICOS	1	0%
	PSICOTERAPÉUTICAS	1	0%



	PSIQUIÁTRICA	1	0%
	RECREATIVA	51	24%
	REHABILITACIÓN	2	1%
	RESOCIALIZACIÓN	1	0%
	SALIDAS CULTURALES	1	0%
	SEMANALES	1	0%
	SOCIALES	2	1%
	TALLERES	2	1%
	TALLERES DE PSICOMOTRICIDAD	1	0%
	TALLERES OCUPACIONALES OPTATIVOS	1	0%
	TALLERES TERAPEUTICOS	1	0%
	TERAPEUTICOS	1	0%
	Total	213	100%
Paysandú	ACTIVIDAD SOCIAL VOLUNTARIA	1	1%
	ARTÍSTICA	4	6%
	BIBLIA	2	3%
	DEPORTIVA	5	7%
	DOMÉSTICA	5	7%
	EDUCATIVA	16	24%
	HORTICAS	1	1%
	INTERNACIÓN	1	1%
	LABORAL	5	7%
	MINDFULNESS	1	1%
	NINGUNA	4	6%
	RECREATIVA	17	25%
	RELIGIOSA	2	3%
	SOCIALES	1	1%
	TALLERES OCUPACIONALES OPTATIVOS	1	1%
	TERAPIAS	1	1%
	Total	67	100%
Rivera	ACCESO A TERAPIAS	1	3%
	ARTÍSTICA	4	11%
	DEPORTIVA	6	16%
	EDUCATIVA	2	5%
	ESPIRITUAL	1	3%
	LABORAL	1	3%
	MEDITACIÓN	1	3%
	NINGUNA	1	3%
	PROGRAMA ACCESOS MIDES	1	3%
	RECREATIVA	13	35%
	RELIGIOSA	2	5%
	TAREAS OCUPACIONALES	4	11%
	Total	37	100%
	Rocha	ARTÍSTICA	3



	DEPORTIVA	4	17%
	EDUCATIVA	4	17%
	LABORAL	4	17%
	LABORTERAPIA EN LA COMUNIDAD	1	4%
	NINGUNA	1	4%
	OTROS	2	8%
	RECREATIVA	5	21%
	Total	24	100%
Río Negro	DEPORTIVA	2	15%
	EDUCATIVA	2	15%
	NINGUNA	4	31%
	RECREATIVA	4	31%
	TALLERES DE PREVENCIÓN LDE SUICIDIO ANSIEDAD DUELO	1	8%
	Total	13	100%
Salto	APARATOLOGÍA PARA EJERCICIO FÍSICO	1	2%
	ARTÍSTICA	7	12%
	BIBLIA	3	5%
	DEPORTIVA	8	14%
	EDUCATIVA	13	22%
	LABORAL	4	7%
	LABORES DOMÉSTICAS	2	3%
	RECREATIVA	16	27%
	RELIGIOSA	3	5%
	SOCIOCULTURALES	1	2%
	TALLERES OCUPACIONALES OPTATIVOS	1	2%
	Total	59	100%
San José	ARTÍSTICA	6	12%
	COGNITIVA	1	2%
	CONCURREN A REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD Y AL CENTRO CULTURAL RECREATIVO	3	6%
	DEPORTIVA	9	17%
	EDUCATIVA	8	15%
	ESTIMULACIÓN	1	2%
	LABORAL	6	12%
	LECTURA DE LA BIBLIA	1	2%
	NINGUNA	1	2%
	RECREATIVA	13	25%
	RELIGIOSA	1	2%
	SALEN A LA PLAZA DEL BARRIO	1	2%
	TERAPEUTICA	1	2%
	Total	52	100%
Soriano	ARTÍSTICA	2	17%



	DEPORTIVA	2	17%
	EDUCATIVA	2	17%
	FORMACIÓN DE HÁBITOS	1	8%
	LABORAL	1	8%
	NINGUNA	1	8%
	RECREATIVA	3	25%
	Total	12	100%
Tacuarembó	ARTÍSTICA	6	13%
	ASISTENCIAL	4	9%
	BIBLIA	2	4%
	COCINA	1	2%
	DEPORTIVA	5	11%
	EDUCATIVA	10	22%
	GASTRONOMÍA	1	2%
	LABORAL	5	11%
	RECREATIVA	10	22%
	RELIGIOSA	2	4%
	Total	46	100%
Treinta y Tres	ARTÍSTICA	2	20%
	DEPORTIVA	1	10%
	EDUCATIVA	2	20%
	LABORAL	1	10%
	RECREATIVA	4	40%
	Total	10	100%