



EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL

En un Centro de ASSE y otro perteneciente al Mutualismo, en la Ciudad de Maldonado.

Tipo de trabajo: Pre proyecto de investigación

Docente tutora: Prof. Agda. Silvana Contino

Docente revisora: Prof. Adj. Margarita Fraga

Estudiante: Mariana Rocha
C.I.: 4.956.785-3

Montevideo, Setiembre 2023.

1. RESUMEN

El presente trabajo final de grado corresponde a un pre-proyecto de investigación acerca de la evaluación y el monitoreo del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM) en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en un Centro perteneciente a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y otro perteneciente al Mutualismo, ambos en la ciudad de Maldonado, Uruguay.

Se propone como objetivo general de la investigación, conocer cómo se lleva a cabo el mecanismo de evaluación y control de las prestaciones en Salud Mental, en ambos prestadores de salud, a fin de identificar fortalezas y debilidades en tal proceso.

Dicha investigación, se llevará a cabo mediante una metodología de índole cualitativa, desde un estudio exploratorio - descriptivo. Se sustentará en la entrevista en profundidad basada en un guión, como técnica de recolección de datos.

Si bien el PIPSM no es reciente, sigue siendo un proceso que se encuentra en evolución, por lo cual las investigaciones concernientes a su evaluación son escasas.

Con este proyecto se espera poder aportar de forma parcial conocimientos que potencialmente sean relevantes en función de la evaluación y el monitoreo de las prestaciones, con el fin de colaborar con el desarrollo y la mejora en la atención en Salud Mental.

Palabras claves:

Salud mental - Prestaciones en salud mental- Psicoterapia - Sistema integrado de Salud

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Fundamentación.....	3
3. Antecedentes.....	8
3.1 Investigaciones nacionales sobre el PIPSM.....	8
3.2 Antecedentes regionales sobre prestaciones en salud mental.....	11
4. Marco conceptual.....	14
4.1 Salud mental.....	14
4.2 Prestaciones en salud mental.....	14
4.3 Intervenciones psicológicas.....	15
4.4 Psicoterapia.....	15
5. Problema y preguntas de investigación.....	16
5.1 Problema de investigación.....	16
5.2 Preguntas de investigación.....	17
6. Objetivos generales y específicos.....	17
6.1 Objetivo general.....	17
6.2 Objetivos específicos.....	17
7. Metodología.....	17
7.1 Participantes.....	18
7.2 Técnica para la recolección de datos.....	18
7.3 Procedimiento.....	18
7.4 Análisis de datos.....	18
8. Cronograma de ejecución.....	19
9. Consideraciones éticas.....	19
10. Resultados esperados y estrategias de difusión.....	20
10.1 Resultados esperados.....	20
10.2 Estrategias de difusión.....	20
11. Referencias bibliográficas.....	21
12. Anexos.....	
12.1 Guión de entrevista con Grupo A.....	
12.2 Guión de entrevista con Grupo B.....	

2. FUNDAMENTACIÓN

La reforma en el Sistema de Salud que atraviesa nuestro país desde el año 2005, se basa en 3 ejes principales, que proponen cambios en el modelo de financiamiento, en el modelo de gestión y en el modelo de atención. (Gallo, 2015). Estos objetivos conllevan transformaciones en las prestaciones que brindan los Servicios de Salud.

En este escenario de cambios, se concreta en el año 2007 la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Los principios rectores del SNIS (2007) constituyen un mapa para la acción, pretenden garantizar el acceso universal y equitativo a dichos servicios, así como la respuesta satisfactoria de los mismos en pos de las necesidades de salud de la población. (PIPSM, 2011).

Las transiciones que acompañan al SNIS (2007) implican cambios sustanciales en el modelo asistencial y en la sociedad uruguaya, respondiendo a la participación activa y organizada desde distintos colectivos y sectores sociales, donde la Salud adquiere una dimensión política (Ginés, 2005). Se pretende dejar atrás el modelo hospitalocéntrico y reduccionista que prevalecía, optando por un modelo con una visión integral, que posibilite la construcción colectiva con los involucrados y contemple a las personas desde su singularidad favoreciendo y potenciando su desarrollo (PIPSM, 2011)

En el marco de reformas hacia el SNIS (2007), tiene lugar el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM). Dicho Plan es elaborado por el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) perteneciente al Ministerio de Salud Pública (MSP), y se integra en septiembre del 2011 al SNIS (2007) en condición de prestación obligatoria para incorporarse a partir de la fecha, en todos los prestadores de salud públicos y privados del país.

En este contexto de cambios donde emerge el PIPSM (2011), la atención en Salud Mental se concibe como una necesidad y se la reclama como derecho. En respuesta a tales demandas, se incluyen por primera vez, las psicoterapias como parte de las prestaciones de Salud. Constituye una conquista de derechos por parte de la ciudadanía que contribuye de manera sustancial hacia el avance en materia de Salud Mental, considerándola como parte inseparable de la Salud en sentido general. (Fernandez, 2018)

La inclusión de tales prestaciones en el SNIS (2007) implica grandes desafíos, debiendo modificarse las prácticas psicoterapéuticas tradicionales llevadas a cabo en consultorios privados (Artola, 2020) hacia intervenciones terapéuticas de carácter interdisciplinario y con encuentros limitados.

Para esto, el SNIS (2007) establece 6 puntos prioritarios en el PIPSM (2011):

“1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales. 2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud. 3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables. 4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes. 5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura. 6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.” (PIPSM, 2011, p.8).

En cuanto a las principales áreas de acción que propone el PIPSM (2011), se enfatiza en el primer nivel de atención en Salud, destacando la prevención y promoción de la Salud Mental, la prevención de los trastornos mentales, así como el correspondiente tratamiento y rehabilitación.

El PIPSM (2011) establece una serie de metas prestacionales en función de la población objetivo para la cual se destinan las diversas prestaciones. Dicha población objetivo, se organiza en franjas etarias que se categorizan de la siguiente manera: niños hasta 10 años de edad, adolescentes entre 10 y 19 años de edad y adultos, los cuales se dividen en dos grupos: adultos jóvenes de 20 a 25 años de edad, y adultez de 26 años en adelante. Esta discriminación permite también implementar 3 modos de abordajes distintos, denominados Modo 1, Modo 2 y Modo 3.

En lo que refiere a la población adulta, el Modo 1 presenta un abordaje grupal, consta de 16 sesiones anuales y de carácter gratuito para el usuario. En el modo 2 la atención puede ser individual, de pareja, familiar o grupal. Consta de 48 sesiones anuales y requiere un copago establecido para el usuario. En cuanto al Modo 3 la atención es individual y/o grupal, de hasta 48 sesiones con posibilidad de extensión hasta 144 sesiones. Presenta un copago establecido para el usuario de menor valor al del Modo 2. En el caso de niños y adolescentes, el Modo 1 presenta intervenciones grupales, o grupos talleres. Consta de 12 sesiones anuales de carácter gratuito para el usuario. En el Modo 2 las intervenciones pueden ser individuales, grupales o de familia. Presenta hasta 24 sesiones anuales y requiere de un copago establecido para el usuario. En el Modo 3, la atención puede ser individual o grupal, incluye 48 sesiones anuales con posibilidad de extensión a 144 sesiones

en situaciones específicas. Requiere un copago establecido de menor valor al del Modo 2. (PIPSM, 2011).

Las intervenciones para adultos, del Modo 1 tienen como población objetivo a: familiares o referentes de personas con consumo problemático de sustancias; familiares de personas con diagnóstico de trastorno bipolar grave o esquizofrenia, los que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar, o haya realizado intento de autoeliminación (IAE), situación de violencia doméstica, docentes de primaria y secundaria con motivos de consulta referidos a su actividad laboral. En el Modo 2 las intervenciones están dirigidas a consultantes con IAE, docentes de enseñanza inicial, primaria, secundaria y técnica; y trabajadores de la salud. Para el Modo 3, las prestaciones se orientan a la rehabilitación y se destinan a usuarios con consumo problemático y con diagnóstico de trastornos mentales severos y persistentes. (PIPSM, 2011).

En lo que refiere a los niños y adolescentes, el Modo 1 contempla a padres o familiares con hijos en edad escolar, preescolar y adolescente; padres o referentes con hijos con discapacidad (mental o física) y trastornos del espectro autista; embarazadas y puérperas primerizas, madres dentro del primer año post parto y con indicios de depresión, educadores y cuidadores en primera infancia, niños con dificultad en la inserción escolar y con indicaciones de intervenciones quirúrgicas. Para el Modo 2 la población objetivo establecida es: madres con depresión dentro del primer año de vida del niño, niños con dificultades de aprendizaje, niños y adolescentes con problemas situacionales y adaptativos así como con IAE, y que tengan intervenciones quirúrgicas de complejidad. En el Modo 3, se destinan las prestaciones para niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje no resueltas en el modo anterior, situaciones de abandono y violencia no resueltas en el Modo 2, discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista; consumo problemático de sustancias psicoactivas, trastornos disruptivos, del humor y de ansiedad. (PIPSM, 2011).

De igual forma, se establecen normas para regular las asistencias y las inasistencias de la población usuaria en los procesos psicoterapéuticos llevados a cabo, determinando aquellas instancias en las que el consultante podría perder el servicio a la atención.

Se requiere además, la creación de un Comité de Recepción para la implementación de dichas prestaciones, en donde a través de la interdisciplina y el trabajo en equipo, se determinará la derivación pertinente para cada usuario, así como la renovación de las mismas. (PIPSM, 2011).

El Plan pone énfasis en los profesionales de la Salud Mental, en lo que refiere a su trayectoria formativa y capacitaciones, concertando que:

“**A-** En todos los casos los títulos deberán estar debidamente registrados y habilitados por el MSP. **B-** En un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan. **C-** Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas. **D-** Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental.” (PIPSM, 2011, p.24).

Debido al carácter de obligatoriedad que se establece para las prestaciones en los sistemas de Salud públicos y privados del país, la Salud Mental adquiere un rol protagónico. El acceso a tales prestaciones se gestiona de manera directa y no requiere una derivación médica. A priori a la implementación, el acceso a la Salud Mental en los sistemas de Salud estaba destinado a un grupo reducido de la población usuaria, y sujeto a la necesidad de una derivación médica. Tras estas modificaciones, tiene lugar un incremento notorio en la demanda de la prestaciones, lo que ocasionó largas listas de espera para el acceso a atención, dejando en evidencia la necesidad de atención en Salud Mental que presentaba la sociedad en general (Fernandez, 2018). Cabe destacar que la accesibilidad del PIPSM (2011) no es de carácter universal, se encuentra limitada - de manera momentánea- a la población objetivo establecida.

En lo que refiere al sustento económico requerido para la financiación de las prestaciones en Salud Mental, el Poder Ejecutivo establece mediante el Decreto N°. 366/011

“... establecer un incremento de las cuotas salud del Fondo Nacional de Salud (FO.NA.SA.) y ajustar las cuotas de afiliaciones individuales y colectivas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, así como autorizar el cobro de tasas moderadoras para acceder a las nuevas prestaciones de Salud Mental.” (Decreto N°366/011, 2011 p. 2).

Tras la institucionalización de las prestaciones en Salud Mental, su marco regulador exige que se efectúen evaluaciones y monitoreos de dicho Plan, siendo el MSP el responsable de llevar a cabo tales funciones, así como también delinear y coordinar estrategias para el mejoramiento del mismo. Podrá a su vez realizar auditorías en los casos que considere pertinentes. (Decreto 305/011, 2011). Los prestadores de Salud deberán realizar de forma interna su correspondiente investigación en cuanto al desarrollo de las prestaciones en Salud Mental que tienen lugar en su institución. (PIPSM, 2011). “El prestador presentará al SINADI trimestralmente, en tiempo y forma la información correspondiente, de conformidad

con las disposiciones vigentes” (Decreto 305/001, 2011, p.26). A su vez, desde el Sistema Nacional de Información (SINADI) se enviará la misma al PNSM (1986) con el fin de efectuar estudios epidemiológicos. (Decreto 305/011, 2011).

Por disposición normativa se establece que la evaluación y el monitoreo del Plan se debe efectuar mediante indicadores de calidad y análisis de resultados que permiten cuantificar el impacto de las prestaciones, determinar el desempeño de las mismas e identificar las necesidades prevalentes en la población usuaria con el fin de diagramar acciones necesarias para su correspondiente ajuste (PIPSM, 2011).

Los estudios e investigaciones acerca de las prestaciones en Salud Mental en el SNIS (2007), tienen un rol protagónico para la evaluación y optimización de dichas intervenciones, de cara hacia la mejora en la calidad de la atención de la Salud Mental de la población usuaria. (Artola, 2020). Se consagra como un recurso fundamental para la producción académica y el progreso en materia de Salud. Al mismo tiempo es primordial que las prestaciones se sustenten y se nutran de las investigaciones que aporten evidencia empírica, que integren evaluaciones del proceso como observaciones y análisis tanto de los profesionales involucrados, como de los usuarios del sistema (Ambrois, 2020).

En el PNSM para el periodo 2020-2027 se subraya como necesidad “contar con información actualizada y de buena calidad que permita conocer en forma permanente las características de la población, la magnitud de los problemas de salud mental y sus factores asociados, así como la respuesta del sistema” (p.71). Para esto se requiere, en primera instancia, conocer que sucede en la práctica real de las prestaciones en salud mental en las instituciones públicas y privadas del país.

Es importante destacar que el PIPSM (2011) es un proceso en constante evolución y transformación, puesto que se busca continuar ampliando la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de Salud Mental disponibles para la población. Debe basarse en un marco teórico sólido para garantizar que las intervenciones propuestas sean efectivas y adecuadas para las necesidades de la población. “El presente y el futuro de la salud mental en nuestro país están en construcción, y es nuestro interés entonces contribuir a su comprensión y difusión desde nuestra implicación como universitarios”. (Techera, 2013, p.23).

A raíz de lo expuesto, este pre proyecto de investigación responde a la participación activa, sobretudo los últimos años de la Licenciatura, cuyo tránsito por la Policlínica Psicológica de la Facultad de Psicología en el Hospital de Clínicas, en el marco de las prácticas

pre-profesionales de integral y graduación, ambas de carácter anual, fue el impulsor para la configuración de un grupo de investigación, actualmente inscripto en el Centro de Investigación Clínica en Psicología (CIC-P) con el fin de caracterizar a la población consultante de la Policlínica. Estas experiencias de formación permiten una participación activa y encauzan hacia una visión integral del padecimiento humano y su correspondiente abordaje.

3. ANTECEDENTES

3.1 Investigaciones nacionales sobre el PIPSM (2011)

Existen escasos antecedentes nacionales específicamente acerca de la evaluación y monitoreo del PIPSM (2011), posiblemente debido a su reciente creación e incorporación al SNIS (2007). Es por esto, que se toma como marco referencial diversas producciones académicas que abordan líneas de investigación con variables similares a las que se pretende estudiar en este pre-proyecto de investigación, y que son llevadas a cabo en trabajos de Maestría y Doctorados, así como en artículos de divulgación científica.

La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) en el año 2012, realiza un paneo del primer año de actividad del PIPSM (2011) tanto de ASSE como de las Mutualistas. Recogen las experiencias de psicólogos que integran la coordinadora y a su vez se desempeñan en la prestación de servicios del Plan, tanto en centros públicos como privados. De la sistematización de experiencias, prevalece la percepción de que los recursos con los que se cuenta a nivel institucional no alcanzan o son insuficiente para que los profesionales puedan desempeñarse adecuadamente. En cuanto a las mejoras percibidas se destacan las reuniones de intercambio que realiza el equipo que lleva adelante la implementación de las prestaciones. Sin embargo, reclaman la falta de integración con otros profesionales, así como la falta de auditorías desde el MSP, obstaculizando el funcionamiento del plan y consecuentemente perjudicando a la población usuaria.

A su vez, en el año 2012, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU), a efectos de evaluar las prestaciones en Salud Mental, organiza una mesa redonda en donde participan profesionales referentes vinculados al PNSM (1986). Algunas de las críticas que tomaron fuerza se vinculan con el proceso de evaluación del plan, como medir su efectividad y eficiencia, así como la calidad de la información que llega al MSP y que proviene de los prestadores de salud. Se cuestiona además sobre la posibilidad de uso de guías clínicas, el involucramiento de los psiquiatras con las prestaciones así como la adecuada formación de

los funcionarios y profesionales que cumplen tareas vinculadas al desarrollo del Plan. En cuanto a las dificultades de la implementación, la SPU destaca “alta deserción de pacientes, problemas en la derivación, resistencia a las modalidades grupales, necesidad de definir claramente el concepto de IAE, integración del alcoholismo como patología adictiva, delimitación del concepto de trastorno mental severo y persistente, etc. Asimismo, efectuamos consideraciones acerca de la ausencia de los prestadores en la elaboración del plan, de la remuneración de los técnicos, y sobre si el dinero que llega a las IAMC se utiliza efectivamente para este programa” (Sibils, 2012, p1).

Fernandez (2014) lleva a cabo un estudio del proceso de implementación de las nuevas políticas en Salud Mental en el período 2012-2013. En dicha investigación se considera insuficiente la planificación y estrategias que adoptan los prestadores de Salud a la hora de implementar las prestaciones en Salud Mental. Examina que la probabilidad de reproducción del modelo médico hospitalario es elevada, si las prestaciones se encausan exclusivamente a la práctica privada de consultorio. Cuestiona además la calidad de los informes de evaluaciones de las prestaciones, haciendo hincapié que muchas veces reflejan datos contradictorios. Sugiere que los mecanismos de evaluación deben exceder el control institucional que burocratiza y entorpece las prácticas y optar por una evaluación de carácter estratégica.

Fernández (2018), conjuntamente con otros colaboradores, dan continuidad a la línea de investigación iniciada en 2012, con el objetivo de profundizar en la perspectiva de técnicos y usuarios del PIPSM (2011) en su primer quinquenio de aplicación. Dicha investigación utiliza metodología mixta para el relevamiento de información, y se centra en el funcionamiento global del Plan, en las 6 regionales de Salud Mental de acuerdo a la distribución territorial del MSP (Montevideo y zona Metropolitana; Regionales Este; Litoral; Centro; Noreste y Norte). En cuanto a los resultados arrojados por esta investigación, se destaca que los criterios de inclusión de la población objetivo son poco abarcativos, dejando por fuera a grandes sectores de la sociedad. Los usuarios que llegan a las prestaciones en su mayoría lo hacen con poca información y con expectativas que sobrepasan las posibilidades, ocasionando en ciertos casos el abandono del tratamiento. Manifiestan además disconformidad sobre el sistema de atención, no así con los profesionales con quienes se muestran conformes y resaltan su capacidad formativa para abordar las problemáticas planteadas. Otro aspecto con el que los usuarios se encuentran en discordancia refiere a la accesibilidad: las largas listas de espera, los copagos inaccesibles, así como una distribución geográfica que resulta inapropiada para acceder a las prestaciones.

Desde la perspectiva de los técnicos y profesionales, reclaman que en el Sector Privado prácticamente no existen o son insuficientes las reuniones a nivel equipo; mientras que en el caso de ASSE las mismas se realizan con frecuencia semanal. Sin embargo, esta periodicidad no alcanza para que se conforme la interdisciplina a la que apunta el Plan.

Tanto la población usuaria de las prestaciones como el personal que compone los equipos de trabajo resaltan la necesidad de control desde las autoridades del MSP sobre la aplicación del Plan, denunciando que no existe un registro estandarizado, lo cual imposibilita establecer indicadores a la hora de evaluar su efectividad y eficiencia. Por su parte, el MSP refiere que los datos relevados a través de las planillas que las instituciones les hacen llegar, no aportan información que sea posible procesar, consistiendo básicamente en datos de estructura y cuantitativos. “Los datos del Sistema Nacional de Información son iguales desde el 2012”. Al parecer los servicios envían puntualmente la información al MSP pero según jerarcas del organismo es de “pésima calidad” al punto que ha sido imposible procesar la información desde 2013” (Fernandez, 2018, p.102).

Cabe destacar, que dentro de las limitaciones que presenta dicha investigación se advierte cierta resistencia en la mayoría de los actores involucrados, y prevalece la escasa voluntad de colaboración desde prestadores de Salud privados a la hora de proveer datos. Sin embargo, proclaman transparencia y manifiestan adhesión a las estrategias de control y gestión del servicio.

Escudero (2015), lleva a cabo una investigación de carácter cualitativa en donde realiza una revisión crítica de las prácticas psicológicas que se desarrollan en los centros pertenecientes al Mutualismo en la capital del país, a partir de la implementación de las prestaciones en Salud Mental en el SNIS (2007). Se centra en la perspectiva de los actores involucrados en el proceso de implementación para explorar aspectos vinculados a las características de las prácticas, los mecanismos que se despliegan para la incorporación de las mismas, así como el lugar que toma la psicología en el campo de la Salud y a nivel social. Si bien los resultados de la investigación no son generalizables, se concluye que existe una notoria necesidad en cuanto al control técnico de las prácticas, con el fin de generar potenciales aportes y mejoras a la hora de realizar las mismas. Se señala que el control administrativo muchas veces dificulta los procesos para abordar el malestar del usuario, ya que se presenta como ajeno en relación a las tareas que realizan los profesionales. “En este sentido la dimensión administrativa y la dimensión profesional se encuentran disociadas a nivel de sus propósitos, donde se percibe incluso una prevalencia de los criterios administrativos por sobre los profesionales” (Escudero, 2015, p.126).

Dentro de las limitaciones que generan los procesos de gestión también se visualiza que a la hora de dar acceso a los usuarios que solicitan la atención, no son suficientes las estrategias previstas en el Plan para dar respuesta al desborde por la masividad en la demanda. Consecuentemente el cumplimiento de las metas prestacionales por las cuales se rigen las instituciones, refiere meramente a un logro de gestión administrativa y no está vinculado con la Salud y su promoción. Con el fin de saltar los límites que atraviesan las prestaciones, algunas instituciones crearon estrategias que permiten incluir cierta flexibilización en cuanto a la población objetivo, mientras que otros centros se abocaron a cumplir estricta y rigurosamente lo establecido en el Plan.

Otro de los nudos problemáticos que se identifica es la temporalidad de las prestaciones, que no acompaña a la temporalidad psíquica, obstruyendo el proceso psicoterapéutico en muchos casos, sumado a esto las acotadas interacciones interdisciplinarias que efectivamente tienen lugar. Se señala una baja presencia de trabajadores sociales en la conformación del Comité de Recepción, siendo de carácter necesario su aporte en aquellas situaciones que el usuario requiera un abordaje que contemple los factores socio-económicos que inciden en su malestar.

3.2 Antecedentes regionales sobre prestaciones en salud mental

El lineamiento político que ordena y orienta al PIPSM (2011) se encuentra estrechamente adherido a los cambios a nivel regional en materia de avances en la atención en Salud Mental, que fueron impulsados entre otros factores, por movimientos sociales y la Declaración de Caracas del año 1990. (Ambrois, 2020).

En Argentina, los antecedentes en el cambio de las prestaciones para la atención en Salud Mental se remontan a la década de 1960, cuando se comenzó a cuestionar el modelo asilar y se buscó promover la integración de las personas con trastornos mentales en la sociedad. En 1975, se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 20.584), que estableció la protección y promoción de la salud mental como un derecho de todos los ciudadanos. Sin embargo, esta ley no pudo implementarse adecuadamente debido a la dictadura militar que comenzó en ese mismo año y se extendió hasta 1983. (Stolkiner, 2016). Tras el retorno a la democracia, se retomaron las discusiones sobre la necesidad de una reforma en la atención en Salud Mental.

En 1985, se creó la Asociación de Psiquiatras Argentinos para el Estudio de la Realidad Social y la Salud Mental (APAESAM), que se convirtió en un referente en la defensa de los

derechos de las personas con trastornos mentales. En 1990, Argentina se adhirió a la Declaración de Caracas, impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promovía la atención comunitaria como modelo alternativo al hospitalario y centrado en el respeto de los derechos humanos (OPS, 1990). En 2010, se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que reconoce los derechos de las personas con trastornos mentales, establece la prohibición de internaciones perpetuas, la creación de dispositivos ambulatorios y comunitarios, la promoción de la participación de los usuarios, la gradual desinstitucionalización, y una serie de medidas para garantizar la atención y tratamientos adecuados, así como mecanismos de monitoreo y evaluación. A partir de esta Ley, se inició un proceso de transformación en el sistema de atención en salud mental, promoviendo la apertura de Centros de Día, Hospitales de Día y Servicios de Atención Ambulatoria. (Chiaverti, 2008).

En lo que refiere a las intervenciones psicoterapéuticas, Mater (2019) realiza una investigación para caracterizar los tratamientos psicológicos brindados por el sistema de Salud del Estado, en materia de Salud Mental, tomando como muestra una zona del conurbano de la provincia de Buenos Aires. Sostiene que su duración en Hospitales y consultorios asciende a 4 meses, en las instituciones de medicina prepaga consiste en 30 sesiones anuales, mientras que las prestaciones en las obras asistenciales constan de 30 a 48 sesiones anuales. (Artola, 2020).

En Brasil, la reforma psiquiátrica tuvo lugar en la década de 1990. Se pretendía la promoción en la atención comunitaria, desde un enfoque centrado mayormente en el paciente y la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos. Uno de los hitos más significativos fue la promulgación de la Ley 10.216 en el año 2001, conocida como Ley de Reforma Psiquiátrica, que estableció el cierre progresivo de los Hospitales psiquiátricos tradicionales y la creación de servicios comunitarios en salud mental, como los Centro de Atención Psicosocial (CAPS) (Sade, 2022).

Por otra parte, en el año 2011 se crea la Red de Atención Psicosocial, conformando el Sistema Único de Salud (SUS). El SUS, es el sistema público de salud de Brasil y ofrece servicios gratuitos para la atención en salud mental. Este sistema proporciona desde la prevención y promoción de la Salud Mental hasta el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales. Tiene como objetivos organizar y ampliar los servicios de salud mental en todo el país, garantizando su acceso universal y promoviendo la atención integral y comunitaria. (Sade, 2022). Se ofrecen servicios de evaluación, tratamiento y seguimiento a través de equipos multidisciplinarios, que incluyen profesionales como psicólogos,

psiquiatras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Los Hospitales Psiquiátricos se especializan en la atención de trastornos mentales graves y proporcionan cuidado intensivo a personas que requieren hospitalización y tratamiento psiquiátrico. Además existen programas de atención primaria en salud que incluyen equipos de salud mental en sus servicios. Estos equipos se encargan de la prevención, promoción y atención de trastornos mentales en la comunidad, brindando atención en clínicas y visitas domiciliarias (Dimenstein, 2013).

Fagundes & Do Rosario, (2011) determinan en sus estudios de investigación desarrollados que la cobertura ambulatoria para la atención en Salud Mental consta de 40 sesiones anuales para pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo, trastornos de la conducta alimentaria o trastorno del espectro autista. Para aquellos casos con diagnósticos de menor complejidad, como neurosis, consumo de sustancias o situaciones puntuales, se establecen entre 12 y 18 sesiones anuales para consultas en función del padecimiento. (Ambrois, 2020).

En Chile, en el año 2000 se promulgó la Ley N° 19.966 Ley de Salud Mental, estableciendo el marco legal para la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales y promoviendo la atención integral. En el año 2007 se presenta el Plan Nacional de Salud Mental para el período 2017-2025, y se establece como objetivo la mejora en la atención en la salud mental, a través del fortalecimiento de los servicios de salud y la promoción de la participación activa de los usuarios y su entorno (Ministerio de Salud Pública de Chile, 2017). En este escenario de reformas hacia la desinstitutionalización, se crean los Centros de Salud Mental Comunitarios (CESAM) brindando atención ambulatoria y promoviendo la reinserción social de las personas con trastornos mentales, y el Programa de Apoyo Psicosocial (PAP) perteneciente al Ministerio de Salud, promoviendo la inclusión y la integración social. (Gatica, 2020).

De la Parra et. al (2019) realizan una revisión acerca de las prestaciones ofrecidas en los servicios de Salud, concluyendo que algunos de los programas que se han implementado para la atención permiten la ampliación de la cobertura en Salud Mental posibilitando el acceso a las terapias psicológicas. La incorporación de la Salud Mental en el sistema público de Salud hace posible que se cuente con servicios de atención en salud mental a través de los consultorios, centros de salud familiar y hospitales públicos. (Plan Nacional de Salud Mental de Chile, 2017). Estos servicios pueden incluir consultas con profesionales de la Salud Mental, como psicólogos y psiquiatras, y también tratamientos y terapias psicológicas. Además hay programas de atención en Salud Mental enfocados en los

estudiantes y la comunidad escolar. Se cuenta también con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como sistema público de seguro de Salud y con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPES) que son entidades privadas de seguros de Salud. En ambos casos se ofrece cobertura para tratamientos de Salud Mental (Minoletti, y Col. 2009).

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Salud mental

En el marco del PIPSM (2011), el concepto de Salud Mental se entiende como “inseparable del concepto de Salud Integral. Si bien tiene su especificidad en cuanto a sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo” (p.3). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) la Salud Mental es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). En este sentido “dado que la salud mental es uno de los componentes de la salud integral de las personas, dentro del cambio de modelo resultan imprescindibles las acciones en Salud Mental, siendo condición necesaria priorizar y articular las mismas en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema, a fin de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia” (PIPSM, 2011, p.4). El Plan de acción integral sobre Salud Mental de la OMS (2013), define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p. 9).

4.2 Prestaciones en Salud Mental

En el marco del SNIS, las prestaciones en Salud Mental constituyen la intervención desde el Estado como respuesta a la demanda social frente a la necesidad de atención en salud mental (Fernandez, 2018). La inclusión de las prestaciones en salud mental en el sistema de salud de nuestro país, tanto para instituciones prestadoras de Salud públicas como privadas, y con carácter de obligatoriedad, denota su condición de política pública. “Se trata de una política que incorpora al catálogo de prestaciones una serie de dispositivos psicosociales y psicoterapéuticos, enmarcada en la profundización de la reforma sanitaria” (Moreira y Palombo, 2018, p.4). Con este escenario la psicología obtiene un rol central en los sistemas de Salud, configurándose así "el acceso a las psicoterapias como parte del acceso a la salud integral." (Artola, 2020 p.34).

La Salud Mental se concibe como un Derecho fundamental, es por esto que debe respaldarse su acceso universal y equitativo para toda la población. Las prestaciones en Salud Mental entonces refieren a aquellos servicios que se destinan tanto para el diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas de salud mental y constituyen una ayuda a las personas para aliviar su sufrimiento emocional y psicológico. En este sentido en el PIPSM (2011), se establece como objetivo principal “realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre 2011” (p.8).

4.3 Intervenciones psicológicas

Según Muniz (2005), intervención es “una modalidad de práctica psicológica que favorece cambios en el consultante a partir del uso de una estrategia que se va construyendo en un tiempo acotado” (p.18). Implica un encuentro entre el profesional y el sujeto que llega con un pedido de ayuda, dentro de un encuadre que facilite el intercambio y “un espacio de producción de sentidos” (Contino, 2015, p. 51). “Intervenir proviene del venir-entre. Involucra al menos dos sujetos, los que inauguran una novedosa forma de encuentro para subjetivarse. Produce y habilita un espacio para pensar desde una óptica diferente lo que se des-cubre con otro. Es terapéutico el encuentro y lo que allí se produce. Implica operar, hacer-con en la búsqueda de diferentes sentidos del sufrimiento (Muniz, 2005 citado en Contino, 2015, p.51). La intervención pretende generar cambios en el consultante, y consecuentemente aliviar su malestar. Para esto, el profesional se sustentará de la estrategia de intervención idónea que posibilite el contacto con el mundo interno del consultante y permita diagramar su abordaje contemplando los motivos de consultas latentes y manifiestos, así como las características de la persona y los determinantes contextuales que inciden en su sufrimiento. “La estrategia clínica diseñada para resolver la consulta y las posibilidades de intervención del profesional parten de las inferencias clínicas que realiza este sobre la situación clínica planteada” (Contino, 2015, p.51). En el marco de las reformas que atravesaron al SNIS (2007) el cambio hacia la comprensión integral de la salud, dejando atrás el enfoque individual, permitió incluir otras miradas en los abordajes en salud mental, incluyendo el entorno familiar y social del consultante, así como la multidisciplinaria como herramienta competente para diagramar abordajes que contribuyan al bienestar y el alivio del sufrimiento de la persona.

4.4 Psicoterapia

Es definida como una “relación humana y profesional” (Bernardi, et.al., 2004, p. 100). Laplanche y Pontalis (1996) definen a la psicoterapia como “A) En sentido amplio, todo

método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc.; en este sentido, el psicoanálisis es una forma de psicoterapia. B) En sentido más estricto, a menudo se opone el psicoanálisis a las diversas formas de psicoterapia, por diversas razones, especialmente: la función primordial que en él desempeña la interpretación del conflicto inconsciente y el análisis de la transferencia, que tiende a su resolución” (p. 324).

Wolberg (1977) citado en Bernardi (2004, p.2) define a la psicoterapia como “el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objetivo de: a) eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, b) mediatizar patrones de conducta perturbada y c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo”. (p.3).

La psicoterapia es entonces el conjunto de procedimientos y técnicas que deben sustentarse en conocimientos académicos que solventan la práctica y le otorgan su carácter de formalidad. (Bernardi, 2004). Existe comprobada evidencia que asegura que las terapias psicológicas son eficaces, por ende la incorporación de las mismas al sistema sanitario resulta sumamente necesaria (Asociación Americana de Psicología, 2012).

5. PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Problema de investigación

El problema de investigación que pretende abordar el presente proyecto, consiste en el estudio acerca de la evaluación y el monitoreo de la implementación de las prestaciones en Salud Mental, en prestadores de salud de ASSE y de Mutualismo, en la ciudad de Maldonado, a través de la experiencia de los actores involucrados en su ejecución.

El interés surge desde la necesidad de conocer y profundizar sobre los procedimientos normativos en cuanto a la regulación de la implementación de las prestaciones, así como los datos obtenidos de dichas auditorías. Si bien en nuestro país existe un creciente interés en desarrollar investigaciones sobre Salud Mental, el PIPSM (2011) no se encuentra suficientemente evaluado en cuanto a su calidad. (Fernandez, 2014). Se acucia necesario, problematizar su regulación y producir datos empíricos que contribuyan a su desarrollo y mejora.

5.2 Preguntas de investigación

- ¿Cómo se realizan los procedimientos de evaluación y control de las prestaciones en Salud Mental?
- ¿Se cuenta con los recursos humanos y presupuestales para llevar a cabo la evaluación y monitoreo del plan?
- ¿Cómo se evalúa el cumplimiento normativo dispuesto para las prestaciones?
- ¿Qué datos arrojan los procesos de control y monitoreo de la implementación de las prestaciones?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Conocer cómo se lleva a cabo el proceso de evaluación y control de las prestaciones en Salud Mental, tomando como referencia 2 centros prestadores de Salud, uno perteneciente a Mutualismo y otro a ASSE, ambos en la ciudad de Maldonado.

6.2 Objetivos específicos

1. Indagar las fortalezas y las tensiones del proceso de implementación de las prestaciones a través de la experiencia de los actores involucrados en la ejecución de las mismas.
2. Identificar los mecanismos que se despliegan para los procesos de evaluación y control de las instituciones prestadoras de salud, desde el MSP.
3. Analizar los requerimientos que debe llevar a cabo cada institución, para contribuir con el monitoreo del Plan.
4. Comparar similitudes y diferencias en el procedimiento de evaluación y monitoreo del PIPSM en los centros de ASSE y en el mutualismo en los centros tomados como muestra.

7. METODOLOGÍA

La presente propuesta de investigación se sustentará de una metodología cualitativa para el relevamiento de información así como su posterior análisis. Se utilizará un estudio exploratorio con el fin de comprender el tema de investigación propuesto, y del cual hasta la fecha hay escasas producciones. A su vez, también será un estudio descriptivo ya que pretende definir las características del objeto de estudio. (Sampieri, et. al. 2014).

7.1 Participantes

La investigación se llevará a cabo en dos centros prestadores de Salud, uno perteneciente a ASSE y otro proveniente del Mutualismo, ambos en la ciudad de Maldonado. La muestra será conformada por todo el personal que se encuentra abocado a la ejecución del Plan y manifieste interés en participar de manera voluntaria. Se trata de una muestra no probabilística y por conveniencia, dado que los elementos elegidos no dependen de la probabilidad o el criterio del investigador, sino que contemplan la disponibilidad a la cual se puede acceder, de acuerdo a las características de la investigación. (Sampieri, et. al., 2014). Se considerará a los participantes de la investigación como informantes calificados en cuanto al tema de estudio.

7.2 Técnicas para la recolección de datos

Se priorizará la entrevista semi-estructurada y en profundidad, dado que no es posible la observación directa del problema de investigación, debido a su complejidad y aspectos de carácter éticos. Dicha entrevista funcionará como guía, en función de los objetivos de la investigación, pero a su vez de carácter abierta y flexible, que posibilite introducir nuevas interrogantes o sondear en otros aspectos que puedan tener lugar. (Sampieri, et.al., 2014).

7.3 Procedimiento

Se dará a conocer la misma en las instituciones implicadas, y se hará saber sus generalidades y características. Posteriormente, se empleará el consentimiento informado a todos los participantes y se procederá con las entrevistas en profundidad. Una vez efectuadas las entrevistas, se procederá a realizar la sistematización de los datos recabados y su correspondiente análisis. Para finalizar, se elaborará el informe final que incluya los resultados de la investigación, las cuales serán presentadas a las instituciones participantes y se concretarán las acciones necesarias para su correspondiente difusión.

7.4 Análisis de datos

El método de análisis que sostiene toda investigación de carácter cualitativo es la constante reflexión e interpretación de los datos recabados, (Sampieri, et. al., 2014) en busca de darles un sentido a los mismos (Contino, 2015). Dicha investigación en particular se enmarca en el Análisis del Contenido Temático (ACT) que propone la Teoría Fundamentada para el análisis de datos, dado que se pretende producir una teoría o explicación parcial del objeto de estudio, desde un contexto en concreto y mediante la perspectiva de los

participantes. (Glaser, 1992). Para esto se construyen categorías de análisis que hagan posible la comprensión del objeto de estudio de una manera fiable y contextualizada (Strauss y Corbin, 2002), a través de la interpretación de los datos recolectados en el campo.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Revisión bibliográfica de antecedentes nacionales y regionales	■	■	■						
Elaboración del guión para la entrevista			■						
Entrevista con informantes calificados				■					
Procesamiento de los datos obtenidos					■	■			
Cruzamiento de los datos obtenidos en cada grupo						■	■		
Conclusiones e informe final							■	■	
Presentación y difusión de resultados									■

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se regirá por las disposiciones del Código de Ética Profesional del Psicólogo (2001), así como por lo establecido en el Decreto del MSP N° 379/008 (2008), el cual: “tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad” (MSP. Decreto 379/008, 2008). Se mantendrá reserva en la manipulación de la información y se protegerá la identidad de los participantes, siendo utilizada únicamente con fines investigativos, teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos (MSP. Decreto 379/008, 2008).

Se informará a los participantes de la investigación sobre las características de la misma, previo a su comienzo, a fin de que su participación sea totalmente libre y voluntaria. Tendrán derecho a no querer participar e interrumpir su participación si así lo consideran, sin ningún tipo de consecuencia o sanción por esto. También se aclara que no recibirán ningún tipo de remuneración por participar en la investigación (MSP. Decreto 379/008, 2008).

10. RESULTADOS ESPERADOS Y ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN

10.1 Resultados esperados

Se espera producir conocimientos sobre la ejecución del PIPSM (2011) tanto en ASSE como en centros pertenecientes al Mutualismo, en la ciudad de Maldonado, con el fin de conocer el proceso de regulación y contribuir, de forma parcial, al desarrollo de las prestaciones en Salud Mental. Del mismo modo se pretende que dicha investigación pueda colaborar con futuras líneas de investigación vinculadas al problema planteado, o aquellas cuyo objetivo sea contribuir con la mejora de los servicios de Salud Mental. Evaluar la calidad de los servicios de salud mental no solo es un compromiso ético por parte de la administración pública y de los profesionales que brindan asistencia, sino que además permite mejorar el funcionamiento, planificar y optimizar la atención brindada. La investigación en los procesos de monitoreo y regularización de las prestaciones en Salud Mental, permite mitigar las desigualdades entre necesidades de la población y recursos estatales disponibles. Al mismo tiempo constituye un insumo para diseñar políticas y programas de salud basados en la información (OMS, 2005), que se encaucen en la mejora de la calidad de la atención y el control de las prácticas que se desarrollan (Sastre, 2016).

10.2 Estrategias de difusión

Se pretende realizar una devolución de los resultados obtenidos a los prestadores de salud involucrados en la investigación, eventualmente a ASSE/ MSP, como responsable final de la regulación de las prestaciones. Además se presentará dicho proyecto así como sus avances y resultados en Congresos de Psicología Clínica y en Ciclos de Ateneos de Formación Permanente de la Facultad de Psicología. Dicha investigación se publicará tanto en la revista de la Facultad de Psicología y del Instituto de Psicología Clínica así como en la revista arbitrada del CIC-P.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambrois, M. (2020). *Percepciones Clínicas de Psicoterapeutas Psicoanalíticos (Socios y/o Egresados de AUDEPP) sobre Cambio en Pacientes Adultos en Psicoterapia Psicoanalítica Individual del Modo 2 en IAMC del Plan de Prestaciones en Salud Mental Uruguayo* [Tesis de maestría, Instituto Universitario de Postgrado de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica]
- Artola, M. (2020). *Psicoterapias en el Sistema Nacional Integrado de Salud: Vivencias de cambio en pacientes adultos que realizaron psicoterapia a través de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud* [Tesis de maestría, Universidad de la República] Colibrí <https://hdl.handle.net/20.500.12008/27011>
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., y Villalba, L. (2004). *Guía clínica para la psicoterapia*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 68(2), 99-146. Recuperado de 02_guia.pdf (spu.org.uy)
- Chiarveti, S. (2008). *La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental*. Revista Argentina de clínica psicológica, 17 (2), 173-182.
- Contino, S. (2015). *Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario*. [Tesis de magister] Colibrí <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5478>
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de Ética Profesional del Psicólogo/a*. <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>
- Decreto 366/011 2011. Fijación de cuota mutua de sociedades médicas. Septiembre 2011. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/366-2011>
- Decreto 305/011 2011. *Inclusión en el Decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el “Plan de Implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud”*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011/1>

- De la Parra, G., Errázuriz, P., Gómez-Barris, E., & Zúñiga, A. K. (2019). *Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica*. *Temas de la Agenda Pública*, 14 (113), 1-20.
- Dimenstein, M. (2013). *La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental*. *CS*, (11), 43-71.
- Escudero, E. (2015) *Papel emergente de la psicología en organizaciones sanitarias en Uruguay: estudio de las prácticas psicológicas en el mutualismo montevideano a partir de las nuevas prestaciones en salud mental*. [Tesis de maestría] Colibrí <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7562>
- Fagundes da Silva, P., & do Rosário Costa, N. (2011). Saúde Mental e os Planos de Saúde no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, núm. 12, 2011, pp. 4653-4664 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4653-4664.
- Fernández Castrillo B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las políticas de Salud Mental en el Uruguay Progresista*. Universidad de la República, Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-UdelaR).
- Fernández Castrillo, B., Gerpe, C., Montado, G., Palermo, A., & Ginés, Á. M. (2008). El problema de la duración de la psicoterapia en un servicio universitario de salud. In *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Fernández Méndez, J., Luengo Castro, M. A., García Haro, J., Cabero Alvarez, A., González Díaz, M., Braña Menéndez, B., & Caunedo Riesco, P. J. (2011). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental II: Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 13-29.
- Gallo, L. (2015). *El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro*. *Monitor Estratégico*, 7, 38-43.
- Gatica-Saavedra, M., VICENTE, B., & RUBÍ, P. (2020). *Plan nacional de salud mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile*. *Revista médica de Chile*, 148(4), 500-505.

- Ginés, A. (2010). *Del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas a la Psicoterapia en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. En B. Fernández Castrillo, M. Gerpe y L. Villalba. (Eds.), *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas* (pp.27-40). Montevideo, Uruguay: UDELAR-CSIC.
- Ginés, A. (2005). *Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1), 32-41. Recuperado de 01_foro_06.pdf (spu.org.uy)
- Glaser, B. G. y Strauss, A. (2006). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Estados Unidos: AldlineTransaction.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición
- Laplanche, J., Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*.
diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf (bibliopsi.org)
- Mater, O. (2019). Consulta, transferencia y duración de los tratamientos psicológicos en el conurbano bonaerense. *Diagnosis*, (19). Recuperado de: <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/244>
- Ministerio de Salud Pública. Decreto N° 379/008. (2008). *Investigación en Seres Humanos*. Recuperado de Decreto N° 379/008 (impo.com.uy)
- Ministerio de Salud Pública. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Salud Pública. (2007). Exposición de motivos. *Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sistema-nacional-integrado-salud>
- Ministerio de Salud Pública, Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área de Promoción y Prevención, Programa Nacional de Salud Mental. (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de salud_mental_plan_nacional__junio.pdf (bps.gub.uy)

- Minoletti, A.; Narváez, P.; Sepúlveda, R. y Caprile, A. (2009). *Chile: lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental*. En: Rodríguez, J. (Ed.). *Salud mental en la comunidad*. Washington D.C.: O.P.S.
- Muniz, A., (2005), *Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. Aportes para un abordaje complejo de la cuestión*. En *Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*, pp. 11-27, Montevideo.: Psicolibros
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Palombo, C., & Moreira, A. (2018). La perspectiva de los usuarios de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado De Salud: avances de investigación. *XVII Jornadas de Investigación: a 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos ¿ libres e iguales?. Montevideo, septiembre 2018*.
- Sade, R. M. S., Sashidharan, S. P., & Silva, M. D. N. R. M. D. O. (2022). *Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña*. *Salud colectiva*, 17.
- Sastre, G. (2016). *Evaluación de resultados en Psicoterapia en el Plan de prestaciones de Salud Mental del SNIS en centros públicos y privados* (Tesis de grado). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Sibils, R. (agosto 2012). *Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay* (p.2). www.spu.org.uy/boletin/ago2012/agosto_web.pdf
- Strauss, A., Corbin, J., (2002). *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía, Colombia, Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Stolkiner A. (2016) *Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental*. [Dossier archivos – Revista Soberanía Sanitaria \(revistasoberaniasanitaria.com.ar\)](http://revistasoberaniasanitaria.com.ar)
- Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., ... & Sánchez, C. (2013). *Pasado, presente y futuro de las políticas en Salud Mental*. *Salud Mental en Debate*.

12. ANEXO

12.1 Guión de entrevista Grupo A: Psicoterapeutas

1. ¿La institución médica en la cual desarrolla su actividad laboral, realiza procedimientos de evaluación y control de las prestaciones en salud mental? ¿Cuáles? ¿De qué manera?
2. ¿Considera que se aplican los mecanismos dispuestos por el MSP para evaluar y monitorear las prestaciones? ¿De qué forma?
3. ¿Cómo han sido los procesos organizacionales en la puesta en marcha del plan?
4. ¿Se aplican las prestaciones tal cual lo previsto en el Plan?
5. ¿Qué recursos le brinda la institución para mantenerse actualizado sobre los últimos avances en el tratamiento de la salud mental? (preguntar desde el msp)
6. ¿Cuál es su percepción en cuanto a efectividad del PIPSM? ¿Qué fortalezas y debilidades en la aplicación del plan puede identificar a nivel institucional?
7. ¿Cuáles son los desafíos más comunes que enfrenta el equipo de salud mental en la atención médica?
8. ¿La institución en la cual trabaja cuenta con los recursos humanos y presupuestales para llevar a cabo la evaluación y monitoreo del plan?
9. ¿Cómo percibe el monitoreo y la evaluación del plan como psicoterapeuta?
10. ¿Qué tareas debe realizar particularmente para contribuir a la evaluación de las prestaciones?

12.2 Guión de entrevista Grupo B: Recursos humanos abocados al PIPSM

1. ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de monitoreo y evaluación interna de las prestaciones? ¿Qué datos han arrojados tales estudios?
2. ¿Cómo sistematizan la información sobre las prestaciones para el MSP? ¿Con qué frecuencia se envía la misma? ¿Cuál es la respuesta que obtienen del MSP?
3. ¿Cuáles son los principales objetivos de las evaluaciones de prestaciones en salud mental que se establecen como institución?
4. ¿Cómo se mide la efectividad de las prestaciones en salud mental y qué métricas utilizan para medir los resultados?
5. ¿Cómo han sido los procesos organizacionales en la puesta en marcha del plan?
6. ¿Desde la institución, se fomentan instancias de actualización y formación para la optimización de las prestaciones? ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?
7. ¿Qué medidas se toman para garantizar que los profesionales de la salud mental que trabajan en las instituciones estén debidamente capacitados y tengan las habilidades necesarias para tratar a los pacientes adecuadamente?
8. ¿Cuáles son los desafíos más comunes que enfrenta el equipo de salud mental en la atención médica?
9. ¿A nivel institucional que fortalezas y debilidades presentan en la implementación de las prestaciones, en su regulación y monitoreo?
10. ¿Cómo se conforma el equipo institucional que trabaja en la regularización del plan? ¿Qué profesionales son? ¿De qué áreas?