

Telepsiquiatría en el SNIS: desafíos clínicos, normativos y organizacionales para su implementación

Telepsychiatry in Uruguay's National Integrated Health System (SNIS):
Clinical, Regulatory, and Organizational Challenges for Its Implementation

Telepsiquiatria no Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) do Uruguai:
desafios clínicos, regulatórios e organizacionais para sua implementação

ALEJANDRA MOREIRA⁽¹⁾, VANESSA EMS⁽¹⁾

(1) Unidad Académica de Psiquiatría.
Facultad de Medicina, Universidad de la
República.

Correos electrónicos:
amoreira@fmed.edu.uy,
vanems40@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5174-1085
ORCID: 0000-0002-7843-201X

RESUMEN

La telepsiquiatría constituye una herramienta potencialmente valiosa para ampliar el acceso a la atención en salud mental, especialmente en contextos atravesados por barreras geográficas, organizacionales o por limitada disponibilidad de recursos especializados. Sin embargo, su implementación en el Sistema Nacional Integrado de Salud requiere un marco regulatorio, clínico y organizativo que garantice la calidad asistencial, la confidencialidad, el consentimiento informado, la protección del vínculo médico-paciente y la seguridad clínica. Este artículo analiza los principales desafíos y oportunidades para el desarrollo de la telepsiquiatría en Uruguay, considerando la experiencia nacional disponible, el marco normativo vigente, las condiciones ético-legales, la capacitación de los equipos, la accesibilidad, los criterios de indicación clínica, la sostenibilidad de los dispositivos asistenciales y la necesidad de protocolos de contingencia y escalamiento. Se propone una implementación progresiva, inicialmente en modalidad piloto, orientada a escenarios clínicos programados y de menor complejidad, con evaluación sistemática de resultados. Asimismo, se distinguen modalidades de teleconsulta y teleinterconsulta, sincrónicas y asincrónicas, con o sin participación directa del usuario, destacando que la telepsiquiatría no debe sustituir la atención presencial cuando esta resulte necesaria, sino integrarse como una herramienta complementaria dentro de dispositivos asistenciales planificados, sostenibles y evaluables.

Palabras clave: telepsiquiatría; telemedicina; salud mental; Sistema Nacional Integrado de Salud; Uruguay; calidad asistencial; seguridad clínica; atención psiquiátrica

ABSTRACT

Telepsychiatry is a potentially valuable tool for expanding access to mental health care, particularly in settings affected by geographical and organizational barriers or limited availability of specialized resources. However, its implementation within Uruguay's National Integrated Health System requires a regulatory, clinical, and organizational framework that ensures quality of care, confidentiality, informed consent, protection of the physician-patient relationship, and clinical safety. This article analyzes the main challenges and opportunities for the development of telepsychiatry in Uruguay, considering the available national experience, the current regulatory framework, ethical and legal conditions, team training, accessibility, clinical indication criteria, the sustainability of care delivery models, and the need for contingency and escalation protocols. A progressive implementation is proposed, initially through pilot programs focused on scheduled, lower-complexity clinical settings, with systematic evaluation of outcomes. The article also distinguishes between synchronous and asynchronous teleconsultation and teleconsultation between health care professionals, with or without the patient's direct participation. It emphasizes that telepsychiatry should not replace in-person care when such care is necessary, but rather should be integrated as a complementary tool within planned, sustainable, and evaluable care delivery models.

Keywords: telepsychiatry; telemedicine; mental health; National Integrated Health System; Uruguay; quality of care; clinical safety; psychiatric care

RESUMO

A telepsiquiatria constitui uma ferramenta potencialmente valiosa para ampliar o acesso à atenção em saúde mental, especialmente em contextos marcados por barreiras geográficas e organizacionais ou pela disponibilidade limitada de recursos especializados. No entanto, sua implementação no Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai requer um marco regulatório, clínico e organizacional que garanta a qualidade da atenção, a confidencialidade, o consentimento informado, a proteção da relação médico-paciente e a segurança clínica. Este artigo analisa os principais desafios e oportunidades para o desenvolvimento da telepsiquiatria no Uruguai, considerando a experiência nacional disponível, o marco normativo vigente, as condições ético-legais, a capacitação das equipes, a acessibilidade, os critérios de indicação clínica, a sustentabilidade dos dispositivos assistenciais e a necessidade de protocolos de contingência e escalonamento. Propõe-se uma implementação progressiva, inicialmente na modalidade piloto, orientada para cenários clínicos programados e de menor complexidade, com avaliação sistemática dos resultados. Também são diferenciadas as modalidades de teleconsulta e teleinterconsulta, síncronas e assíncronas, com ou sem a participação direta do usuário, destacando-se que a telepsiquiatria não deve substituir o atendimento presencial quando este for necessário, mas integrar-se como uma ferramenta complementar em dispositivos assistenciais planejados, sustentáveis e passíveis de avaliação.

Palavras chave: telepsiquiatria; telemedicina; saúde mental; Sistema Nacional Integrado de Saúde; Uruguai; qualidade da atenção; segurança clínica; atenção psiquiátrica

INTRODUCCIÓN

La telemedicina comprende la prestación de servicios de salud a distancia mediante tecnologías de la información y la comunicación. Su aplicación en el campo de la psiquiatría se denomina telepsiquiatría y puede desarrollarse de forma sincrónica, con un intercambio en tiempo real, o asincrónica, mediante el registro y envío de información clínica para su posterior evaluación^(1, 2). La interacción sincrónica adquiere particular relevancia en esta disciplina, dada la centralidad de la entrevista y del vínculo terapéutico.

La telepsiquiatría, en un marco adecuadamente regulado, constituye una herramienta potencialmente valiosa para ampliar el acceso a la atención en salud mental, especialmente en contextos atravesados por barreras geográficas, organizacionales o por la limitada disponibilidad de recursos especializados. La evidencia reciente respalda su utilidad cuando se integra en modelos de atención planificados, seguros y evaluables, sin sustituir las condiciones clínicas, técnicas y asistenciales necesarias para una evaluación presencial en aquellas situaciones en las que resultara necesario^(3, 4).

En Uruguay, su implementación debe inscribirse en el marco del Código de Ética Médica y de la normativa específica sobre telemedicina, que exige resguardar la autonomía profesional, la confidencialidad, la calidad de la atención y los derechos de los usuarios del sistema de salud^(5, 6).

CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN NUESTRO MEDIO

En Uruguay, durante la pandemia por COVID-19 se extendió el uso de recursos de atención remota en salud mental, principalmente mediante consultas telefónicas y, en algunos prestadores, videollamadas. Sin embargo, estas respuestas surgieron predominantemente como estrategias de continuidad asistencial ante la emergencia sanitaria y no necesariamente como dispositivos formalizados de telepsiquiatría.

La documentación institucional da cuenta de diversas iniciativas impulsadas en nuestro medio. En 2022, la OPS/OMS informó el inicio de un proyecto orientado a implementar 27 centros de telemedicina en ASSE, que contemplaba la salud mental entre sus áreas prioritarias⁽⁷⁾, sin embargo, la experiencia piloto prevista para psiquiatría de adultos no llegó a concretarse. Ese mismo año, la Rendición de Cuentas describió el proyecto de telesalud mental ASSE-BID, destinado a brindar teleconsultas en localidades del interior mediante un modelo híbrido que preveía la participación remota de profesionales de psicología o psiquiatría. También presentó un proyecto conjunto con la Facultad de Medicina para la atención de niños con alteraciones del desarrollo⁽⁸⁾. En 2023, ASSE comunicó una experiencia de telemedicina en salud mental en Baltasar Brum, Artigas, con participación de un psiquiatra y un psicólogo⁽⁹⁾. Posteriormente, en 2024, implementó el proyecto piloto de teleasistencia en salud

mental “Con Vos, para escucharte”, desarrollado durante tres meses en Treinta y Tres, Vergara y Cerro Chato, que alcanzó a 104 usuarios⁽¹⁰⁾. No se identificaron publicaciones revisadas por pares que evaluaran los resultados de estas experiencias; la información disponible proviene principalmente de documentos y comunicaciones institucionales.

Como estrategia complementaria, el modelo ECHO permite ampliar la capacidad resolutoria de los equipos mediante teleclínicas que articulan a profesionales del primer nivel de atención con servicios docentes especializados. A diferencia de la teleconsulta sincrónica individual, no sustituye la atención directa ni transfiere la responsabilidad asistencial, sino que favorece el aprendizaje basado en casos y la difusión del conocimiento especializado. Este modelo ha sido desarrollado por la Facultad de Medicina e incluye programas vinculados con la salud mental, por lo que constituye un antecedente relevante⁽¹¹⁾.

En conjunto, la escasa sistematización de estas experiencias y la falta de evaluaciones de resultados identificadas en publicaciones revisadas por pares refuerzan la conveniencia de avanzar de manera progresiva, mediante dispositivos piloto con objetivos y protocolos explícitos y una evaluación sistemática de sus resultados clínicos, organizacionales y de seguridad.

MARCO NORMATIVO

La Ley N.º 19.869, promulgada el 2 de abril de 2020, estableció los lineamientos generales para la implementación y el desarrollo de la telemedicina, definiéndola como una modalidad orientada a ampliar el acceso, mejorar la eficiencia e incrementar la calidad y la cobertura de los servicios de salud⁽⁶⁾. Su artículo 7 dispuso inicialmente que, cuando el paciente fuera menor de edad o hubiera sido declarado legalmente incapaz, el consentimiento correspondiente debía ser otorgado por su tutor o representante legal.

En diciembre de 2020, la Ley N.º 19.924 introdujo nuevas modificaciones al marco normativo mediante sus artículos 397 y 398, que sustituyeron los artículos 8 y 9 de la Ley N.º 19.869. La nueva redacción del artículo 8 dispuso que el tratamiento de los datos personales realizado mediante telemedicina quedara sujeto a la Ley N.º 18.331 y estableció que la reglamentación debía determinar las medidas de seguridad y de responsabilidad proactiva aplicables. A su vez, el artículo 9 estableció que las consultas o los intercambios de información efectuados con profesionales o instituciones de salud residentes en el extranjero debían ajustarse a las disposiciones de la Ley N.º 19.869 y a su reglamentación⁽¹²⁾.

Posteriormente, la Ley N.º 19.984, de 27 de agosto de 2021, modificó específicamente el artículo 7 de la Ley N.º 19.869, con el propósito de adecuar el régimen del consentimiento al principio de autonomía progresiva y al enfoque de derechos aplicable a las personas con discapacidad mental. La nueva redacción remitió, respecto de los niños y adolescentes, a los artículos 8 y 11 Bis del Código de la Niñez y la Adolescencia

y, respecto de las personas con discapacidad mental, a los artículos 3 y 6 de la Ley N.º 19.529 de Salud Mental⁽¹³⁾.

Durante el proceso de incorporación y regulación de la telemedicina en Uruguay, organizaciones representativas del colectivo médico participaron en la discusión institucional sobre sus condiciones de implementación. El SMU reconoció su utilidad como herramienta asistencial, pero señaló la necesidad de garantizar una calidad equivalente a la atención presencial, preservar los principios éticos y médico-legales del acto médico, proteger la seguridad y los derechos del paciente y disponer de protocolos y mecanismos claros de derivación. Asimismo, sostuvo que la telemedicina debía concebirse como una modalidad complementaria y que la atención presencial debía mantenerse como referencia cuando resultara necesaria^(14, 15). Por su parte, FEMI solicitó ser recibida por la Comisión de Presupuestos integrada con Hacienda de la Cámara de Representantes durante el tratamiento del Presupuesto Nacional 2020-2024, incorporándose así al proceso de discusión parlamentaria sobre las condiciones asistenciales y laborales del sector salud⁽¹⁶⁾.

El proceso de consolidación normativa adquirió una forma más precisa con el Decreto N.º 127/024, de 2 de mayo de 2024, que reglamentó la Ley N.º 19.869 y avanzó en la definición de condiciones concretas para la prestación de servicios mediante esta modalidad⁽¹⁷⁾.

Posteriormente, la Ordenanza N.º 937/024 del Ministerio de Salud Pública, de 9 de octubre de 2024, estableció el procedimiento para solicitar y obtener el reconocimiento para la provisión de servicios de salud mediante telemedicina. A tales efectos, exigió la presentación de una declaración jurada firmada por la Dirección Técnica que acreditara el cumplimiento de los requisitos establecidos por el Decreto N.º 127/024, así como la identificación de los establecimientos en los que se brindarían estas prestaciones⁽¹⁸⁾.

La regulación de los servicios prestados desde el exterior plantea, asimismo, interrogantes respecto de la habilitación profesional. Mientras el régimen general exige la inscripción vigente en el Colegio Médico del Uruguay y la habilitación del Ministerio de Salud Pública para ejercer la medicina en el territorio nacional⁽¹⁹⁾, la normativa sobre telemedicina admite consultas e intercambios con profesionales o instituciones residentes en el extranjero, sin precisar expresamente si aquellos requisitos resultan aplicables cuando el profesional situado fuera del país brinda atención directa a un paciente ubicado en Uruguay^(6, 17). Esta indeterminación adquiere especial relevancia al diferenciar la teleinterconsulta, en la que un médico habilitado en el país mantiene la responsabilidad clínica, de la teleconsulta directa, en la que el profesional situado en el exterior asume el diagnóstico o el tratamiento del paciente.

En conjunto, esta evolución permite observar que el desarrollo de la telemedicina en Uruguay no quedó configurado por una habilitación legal meramente abierta o autosuficiente desde

2020, sino por un itinerario normativo progresivo, compuesto por una ley marco, dos modificaciones legislativas posteriores, una reglamentación específica y un mecanismo administrativo de reconocimiento por parte de la autoridad sanitaria^(6, 12, 13, 17, 18).

CONFIDENCIALIDAD, MANEJO DE DATOS SENSIBLES

La telemedicina no releva del deber de confidencialidad ni atenúa las exigencias de protección de datos sensibles; por el contrario, las refuerza. Tratándose de información sobre salud, la Ley N.º 18.331 de protección de datos personales impone un estándar reforzado de tutela, mientras que la Ley N.º 19.869 y el Decreto N.º 127/024 exigen que la prestación se desarrolle bajo condiciones que garanticen la confidencialidad, la privacidad y la seguridad de los datos personales involucrados^(6, 17, 20).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado constituye un estándar ético fundamental, un derecho del paciente y, correlativamente, un deber del médico previo a todo acto asistencial. Su validez se sustenta en tres condiciones básicas: información suficiente, libertad para decidir y capacidad para comprender y consentir.

En este sentido, su obtención no puede reducirse a una mera formalidad documental, sino que debe entenderse ante todo como un proceso de comunicación, esencialmente verbal, cuyo contenido y alcance deben adecuarse a las particularidades de cada situación clínica⁽²¹⁾.

En Uruguay, el consentimiento informado reviste carácter obligatorio en el marco de la atención en salud⁽²¹⁾. Si bien en determinados supuestos, como las maniobras invasivas o los procedimientos experimentales, se prevé especialmente su documentación por escrito, en el campo de la telemedicina la bibliografía especializada ha señalado la conveniencia de instrumentarlo también en esa modalidad, a fin de reforzar las garantías de información, comprensión, trazabilidad y resguardo de los intervinientes.

Esta exigencia adquiere particular relevancia en salud mental, donde la mediación tecnológica puede introducir desafíos adicionales vinculados a la comprensión del dispositivo, sus alcances, sus límites y las condiciones de privacidad y confidencialidad en que se desarrolla la atención^(22, 23, 24).

CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

El acceso a la información no depende únicamente de su disponibilidad, sino también de la capacidad de los sujetos para comprenderla y utilizarla de manera adecuada. En el campo de la salud, el uso eficaz de las tecnologías de la información y la comunicación exige competencias específicas que exceden el dominio instrumental e incluyen aspectos comunicacionales, organizativos, éticos y legales. Por ello, la capacitación y la educación constituyen componentes centrales para una implementación responsable de la telemedicina.

En particular, resulta necesario promover instancias de formación en herramientas tecnológicas y en los marcos regulatorios que

rigen esta modalidad, con participación activa de las entidades profesionales en la planificación, el diseño y la ejecución de los programas correspondientes.

ACCESIBILIDAD E INCLUSIÓN

Es necesario considerar de manera expresa las necesidades de los colectivos que pueden enfrentar mayores barreras de acceso a esta modalidad de atención. Entre ellos se incluyen las personas con bajos niveles de alfabetización, con escasas competencias en el uso de dispositivos electrónicos, las personas mayores, las personas con discapacidad, quienes residen en contextos con acceso limitado a la electricidad o a la conectividad, y aquellas con recursos económicos insuficientes para disponer de los medios tecnológicos necesarios.

En este sentido, la incorporación de herramientas digitales en salud no debe profundizar desigualdades preexistentes, sino desarrollarse de modo tal que contribuya a reducirlas.

CONTEXTO DE APLICACIÓN

La telemedicina no debería implementarse como un recurso asistencial a demanda, carente de anclaje institucional, sino como una modalidad integrada a un marco organizativo previamente definido.

Ello supone contar con condiciones de gobernanza, protocolos clínicos y operativos, delimitación de responsabilidades, criterios de indicación, circuitos de derivación, resguardos ético-legales, capacitación de los equipos y evaluación sistemática de su funcionamiento.

En este sentido, la pertinencia de la telemedicina no depende únicamente de la disponibilidad tecnológica, sino de la existencia de un dispositivo asistencial capaz de sostenerla clínica e institucionalmente^(25, 26).

IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA Y ESTRATIFICACIÓN CLÍNICA

Dado que la telepsiquiatría constituye una modalidad asistencial que introduce modificaciones relevantes en el acto clínico, en la comunicación médico-paciente, en la gestión del riesgo y en la organización de los equipos, su implementación debería realizarse de manera progresiva, comenzando por escenarios clínicos de menor complejidad, previamente seleccionados y con criterios explícitos de inclusión y exclusión.

En una primera etapa, resulta recomendable priorizar consultas ambulatorias programadas, controles evolutivos, interconsultas, co-consultas con el primer nivel de atención, apoyo a equipos territoriales y situaciones en las que exista bajo riesgo clínico, adecuada estabilidad psicopatológica y posibilidad de articulación con un médico o equipo de referencia.

La evidencia disponible sobre telepsiquiatría en servicios de emergencia continúa siendo limitada, especialmente en

relación con su efectividad, sus condiciones de implementación y su aplicabilidad a subgrupos clínicos de mayor complejidad⁽²⁷⁾. Por este motivo, no parece prudente iniciar el desarrollo de esta modalidad por los escenarios de mayor gravedad, como las urgencias psiquiátricas, las crisis suicidas, la ideación suicida activa, la agitación psicomotriz, la psicosis aguda, la intoxicación, la sospecha de organidad o las situaciones que puedan requerir contención, traslado o internación.

Asimismo, por el nivel de responsabilidad clínica, ética y médico-legal implicado, la atención debe estar a cargo de especialistas en psiquiatría titulados y con formación específica en el uso clínico de esta modalidad. La participación de profesionales en formación solo debería admitirse en contextos docentes formalmente supervisados, sin que recaiga sobre ellos la responsabilidad autónoma de la consulta, especialmente en situaciones de complejidad o riesgo.

INCREMENTO DE LA CARGA ASISTENCIAL Y SOSTENIBILIDAD DE LOS EQUIPOS

La demanda de atención en salud mental, la disponibilidad limitada de especialistas y la regionalización de las guardias configuran un escenario de alta exigencia para los equipos. En ese contexto, la telepsiquiatría puede facilitar el acceso y aumentar las consultas dirigidas a los mismos profesionales. Sin una ampliación de la dotación y del tiempo asistencial, ese mayor flujo no se traduce en una mayor capacidad de respuesta del sistema.

Para que su implementación sea sostenible, se requieren recursos humanos y tiempos asistenciales específicos, protocolos de derivación, infraestructura, capacitación y evaluación. Sin estas condiciones, el acceso ampliado puede aumentar la sobrecarga y comprometer la continuidad y la calidad de la atención.

PROTOCOLOS DE CONTINGENCIA Y CRITERIOS DE ESCALAMIENTO

Antes de la implementación, resulta indispensable definir protocolos de contingencia que orienten la actuación ante situaciones clínicas o técnicas que excedan las posibilidades de resolución en esta modalidad.

Ello incluye la previsión de procedimientos claros para la derivación o consulta presencial cuando, durante la atención, se identifiquen signos o síntomas de alarma, alteraciones paraclínicas que requieran una resolución médica urgente, situaciones de violencia, ideación de muerte u otras circunstancias que, a juicio del profesional interviniente, supongan un riesgo relevante para la persona o para terceros.

En este marco, deben establecerse con antelación los criterios de escalamiento asistencial, los circuitos de referencia, los mecanismos de comunicación entre equipos y las responsabilidades de cada integrante del dispositivo. Del mismo modo, es necesario prever procedimientos específicos ante fallas de conectividad, interrupciones del sistema o mal funcionamiento del equipamiento, definiendo con precisión los procesos de respuesta, los roles del personal y las alternativas disponibles para

asegurar la continuidad.

En las situaciones de urgencia psiquiátrica, crisis suicida, ideación suicida activa, agitación, psicosis aguda, intoxicación, sospecha de organicidad o riesgo para sí o para terceros, la telepsiquiatría no debe ser concebida como una modalidad autónoma o sustitutiva de la atención presencial. Su eventual utilización debería restringirse a funciones de apoyo especializado a un equipo sanitario presencial responsable, con capacidad de contención inmediata, activación de circuitos de emergencia, traslado, registro clínico y comunicación interprofesional claramente definida.

ENCUADRE

La interacción requiere un encuadre clínico, técnico y organizativo que garantice privacidad, confidencialidad, comunicación fluida y condiciones adecuadas para la evaluación. Ello implica disponer de un ambiente protegido, conexión estable, calidad suficiente de imagen y sonido, acceso a la historia clínica electrónica, información pertinente sobre el motivo de consulta y estudios paraclínicos que resulten necesarios.

Asimismo, deben estar previstos los mecanismos de consentimiento, registro, prescripción y acceso a la medicación indicada, especialmente considerando las particularidades del tratamiento psicofarmacológico.

MODALIDADES DE ATENCIÓN E INTERCAMBIO CLÍNICO

Se proponen cuatro modalidades de atención diferenciadas según el grado de participación del usuario, la presencia o no de un equipo sanitario junto a la persona, el nivel de complejidad clínica y la responsabilidad asistencial involucrada. Esta diferenciación resulta relevante porque no todas las formas de telepsiquiatría implican el mismo nivel de riesgo ni requieren las mismas condiciones clínicas, técnicas y organizativas.

En todas las modalidades, la historia clínica electrónica del usuario deberá estar disponible para su consulta tanto por el psiquiatra como por el médico o equipo tratante. Cada profesional interviniente deberá registrar su actuación en la historia clínica electrónica institucional. Cuando el intercambio involucre prestadores de salud diferentes, la información también deberá quedar disponible en la Historia Clínica Electrónica Nacional, a fin de asegurar la calidad y la continuidad del proceso asistencial.

La duración de cada instancia deberá definirse de acuerdo con la modalidad, el objetivo del intercambio, la complejidad clínica, el carácter inicial o de seguimiento de la consulta y la participación de otros profesionales, garantizando un tiempo suficiente para la evaluación, el registro y la coordinación asistencial.

TELEINTERCONSULTA PROGRAMADA SIN USUARIO PRESENTE

Esta modalidad consiste en un intercambio clínico entre el psiquiatra y el médico del primer nivel de atención o equipo tratante, sin participación directa del usuario, orientado a apoyar la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas, de seguimiento o de derivación. El equipo solicitante mantiene la responsabilidad asistencial.

La teleinterconsulta puede realizarse de forma sincrónica, mediante videollamada entre profesionales, o asincrónica, a través de una solicitud clínica registrada en la historia clínica electrónica y la posterior respuesta documentada por el psiquiatra interconsultante. En ambas modalidades, deberá desarrollarse en un marco institucional, respetar la confidencialidad y dejar constancia de la información clínica aportada, las recomendaciones realizadas y las responsabilidades de seguimiento.

TELECONSULTA PSIQUIÁTRICA PROGRAMADA

Consiste en la valoración directa del usuario por parte del psiquiatra mediante videoconferencia, a partir de una solicitud realizada por el médico tratante o por el equipo de referencia. Esta modalidad se orienta a usuarios ambulatorios, no urgentes, clínicamente estables y previamente seleccionados de acuerdo con criterios explícitos de inclusión y exclusión.

En esta modalidad, el especialista realiza una entrevista clínica a distancia y emite orientaciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, que deberán integrarse al proceso asistencial del usuario.

TELEINTERCONSULTA PROGRAMADA CON USUARIO PRESENTE

En la teleinterconsulta programada con usuario presente participan de forma sincrónica el psiquiatra a distancia, el usuario y el médico o integrante del equipo de referencia que se encuentra presencialmente junto a este último. Esta modalidad puede resultar especialmente adecuada cuando se considera beneficiosa la presencia simultánea del profesional que conoce al paciente, tanto para favorecer la continuidad asistencial como para facilitar la comunicación, la comprensión de las indicaciones y el sostén clínico durante la entrevista.

Asimismo, puede constituir una opción preferente para personas que presentan dificultades para el manejo autónomo de la tecnología, mayores barreras de acceso, vulnerabilidad psicosocial, problemas de comprensión del dispositivo o necesidad de acompañamiento durante la consulta. En estos casos, la atención puede desarrollarse desde el centro de salud, con apoyo del equipo local y en condiciones que aseguren privacidad, confidencialidad y continuidad asistencial.

La teleinterconsulta programada con usuario presente permite articular la mirada especializada con el conocimiento longitudinal del equipo tratante. Por ello, puede ser especialmente útil para definir proyectos terapéuticos, ajustar tratamientos, valorar evolución clínica, orientar abordajes familiares o comunitarios y fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

El registro de la atención deberá quedar consignado en la

historia clínica electrónica, con clara identificación de los profesionales participantes, las recomendaciones realizadas y las responsabilidades de seguimiento.

TELEINTERCONSULTA DE URGENCIA ENTRE SERVICIOS DE EMERGENCIA

Esta modalidad refiere al intercambio clínico sincrónico entre un servicio de emergencia que no cuenta con psiquiatra presencial y un servicio de emergencia que dispone de especialista en psiquiatría. Su finalidad es brindar apoyo técnico al equipo asistencial que se encuentra presencialmente junto al usuario, contribuyendo a la valoración inicial, la estratificación del riesgo, la definición de medidas de seguridad, la orientación terapéutica y la decisión sobre eventual derivación, traslado o internación.

A diferencia de la teleconsulta psiquiátrica programada, esta modalidad no debe ser entendida como una evaluación autónoma del paciente por parte del psiquiatra remoto ni como sustitución de la atención presencial. La responsabilidad asistencial inmediata recae en el equipo de emergencia que se encuentra físicamente junto al usuario, que debe contar con capacidad para realizar la evaluación médica general, adoptar medidas de seguridad, indicar contención cuando corresponda, solicitar estudios urgentes, activar circuitos de traslado y garantizar la continuidad asistencial.

Su utilización debería reservarse para situaciones en las que la consulta especializada pueda aportar a la toma de decisiones clínicas del equipo presencial, siempre dentro de un protocolo institucional previamente definido. Dicho protocolo debe establecer criterios de solicitud, información clínica mínima requerida, roles y responsabilidades de cada equipo, mecanismos de registro en la historia clínica, procedimientos ante fallas de conectividad, criterios de escalamiento y circuitos de derivación o traslado.

IMPLEMENTACIÓN PILOTO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La incorporación de la telepsiquiatría debería realizarse inicialmente en modalidad piloto, con objetivos, población destinataria, criterios de inclusión y exclusión, recursos humanos asignados e indicadores de evaluación previamente definidos.

Dado que se trata de una modalidad asistencial que modifica la organización del acto clínico, resulta necesario investigar de manera sistemática si su implementación mejora efectivamente el acceso, mantiene la calidad de la atención, garantiza condiciones adecuadas de seguridad clínica y resulta sostenible para los equipos intervinientes.

Esta evaluación no debería limitarse a medir satisfacción o aceptabilidad, sino incluir también indicadores de funcionamiento asistencial, continuidad del cuidado, derivaciones a presencialidad, activación de protocolos de

emergencia, interrupciones por fallas técnicas, eventos adversos, tiempos de respuesta y carga de trabajo generada.

La continuidad o ampliación del dispositivo debería depender de los resultados obtenidos y de la capacidad institucional para sostener la modalidad sin deteriorar la atención presencial ni sobrecargar los recursos especializados existentes.

Como parte de este proceso, pueden utilizarse cuestionarios y encuestas dirigidos a usuarios y profesionales. En particular, Sommer y colaboradores desarrollaron y validaron un cuestionario para profesionales de la salud que realizan telemedicina, con adecuadas propiedades psicométricas, útil para evaluar la experiencia profesional con esta modalidad asistencial⁽²⁸⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

La telepsiquiatría representa una oportunidad relevante para ampliar el acceso a la atención en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, especialmente en contextos donde la disponibilidad de recursos especializados resulta insuficiente o se encuentra distribuida de manera desigual. Sin embargo, su valor no reside únicamente en la posibilidad técnica de realizar consultas a distancia, sino en su integración responsable dentro de modelos asistenciales planificados, seguros, regulados y evaluables.

Su implementación requiere evitar tanto la idealización tecnológica como su utilización como respuesta rápida a problemas estructurales del sistema. La telepsiquiatría no debe ser concebida como una forma de sustituir la presencialidad, reducir costos sin planificación o extender la demanda sobre los mismos equipos sin recursos adicionales. Por el contrario, debe desarrollarse como una modalidad complementaria, con criterios clínicos definidos, protocolos institucionales, resguardos ético-legales, capacitación específica, tiempos asistenciales protegidos y circuitos claros de derivación y escalamiento.

En salud mental, estas condiciones adquieren particular relevancia por la especificidad del acto psiquiátrico, la centralidad del vínculo clínico, la evaluación del riesgo, la confidencialidad de la información y la necesidad de sostener una continuidad asistencial efectiva. Por ello, la telepsiquiatría debe implementarse de manera progresiva, comenzando por escenarios programados y de menor complejidad, con evaluación sistemática de sus resultados antes de avanzar hacia usos más amplios o de mayor riesgo.

En síntesis, la telepsiquiatría puede constituir una herramienta valiosa para fortalecer la equidad, la accesibilidad y la capacidad resolutoria del sistema, siempre que su desarrollo no deteriore la calidad de la atención presencial ni sobrecargue a los equipos especializados. Su incorporación al SNIS debería orientarse por un principio rector: ampliar el acceso sin reducir garantías, innovar sin precarizar la atención y utilizar la tecnología al servicio del cuidado clínico, no como reemplazo de las condiciones necesarias para sostenerlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Organización Panamericana de la Salud. Marco de implementación de un servicio de telemedicina (Internet). Washington (DC): OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/cfa4e419-e06a-4d16-b0e5-37a904f9e276>
- World Health Organization. Consolidated telemedicine implementation guide (Internet). Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184>
- Organización Panamericana de la Salud. PAHO All-in-One Telehealth Package (Internet). Washington (DC): OPS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/paho-all-one-telehealth-package>
- Hagi K, Kurokawa S, Takamiya A, Fujikawa M, Kinoshita S, Iizuka M, et al. Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2023;223(3):407-14. doi: 10.1192/bjp.2023.86.
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 19.286: Aprobación del Código de Ética Médica (Internet). Montevideo: IMPO; 2014. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19286-2014>
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 19.869: Aprobación de los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina como prestación de los servicios de salud (Internet). Montevideo: IMPO; 2020. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19869-2020>
- Organización Panamericana de la Salud. Informe anual 2022: Representación en Uruguay (Internet). Montevideo: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-04/informe-ops-oms-ury-2022.pdf>
- Uruguay. Ministerio de Economía y Finanzas. Rendición de Cuentas 2022. Tomo II: Incisos 16 a 19, 25 a 27, 29 y 31 a 35 (Internet). Montevideo: Ministerio de Economía y Finanzas; 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-economia-finanzas/sites/ministerio-economia-finanzas/files/documentos/publicaciones/tomo-ii-inc-16-a-19-25-a-27-29-y-31-a-35.pdf>
- Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Presentación de nuevas herramientas para el abordaje del suicidio adolescente (Internet). Montevideo: ASSE; 2023. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Presen-tacion-de-nuevas-herramientas-para-el-Abordaje-del-Suicidio-Adolescente-14601>
- Uruguay. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Alta satisfacción de usuarios y efectividad de tratamientos en proyectos de teleasistencia en salud mental desarrollado en Treinta y Tres (Internet). Montevideo: ASSE; 2024. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Alta-satisfaccion-de-usuarios-y-efectividad-de-tratamientos-en-proyectos-de-Tele-Asistida-en-Salud-Mental-desarrollado-en-Treinta-y-Tres-14982>
- Proyecto ECHO Uruguay. Programas (Internet). Montevideo: Facultad de Medicina, Universidad de la República; (sin fecha). Disponible en: <https://proyectoecho.fmed.edu.uy/echo-uruguay/programas/>
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 19.924: Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones, ejercicio 2020–2024, arts. 397 y 398 (Internet). Montevideo: IMPO; 2020. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19924-2020>
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 19.984: Modificación del artículo 7.º de la Ley N.º 19.869, relativo a la prestación de los servicios de telemedicina (Internet). Montevideo: IMPO; 2021. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19984-2021>
- Sindicato Médico del Uruguay. Buenas prácticas en telemedicina (Internet). Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay; 2020. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2020/04/Buenas-pr%C3%A1cticas-en-Telemedicina.pdf>
- Sindicato Médico del Uruguay. Un análisis de la situación de la telemedicina en el Uruguay (Internet). Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay; 2020. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/un-analisis-de-la-situacion-de-la-telemedicina-en-el-uruguay/>
- Uruguay. Poder Legislativo. Federación Médica del Interior (FEMI): solicitud de audiencia. Asunto 147970, asociado a la Carpeta 611/2020, Presupuesto Nacional 2020-2024. Montevideo: Cámara de Representantes, Comisión de Presupuestos integrada con Hacienda; 2020.
- Uruguay. Poder Ejecutivo. Decreto N.º 127/024: Reglamentación de la Ley N.º 19.869, por la que se establecieron los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telemedicina (Internet). Montevideo: IMPO; 2024. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/127-2024>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza N.º 937/024: Reconocimiento para la provisión de servicios de salud mediante la modalidad de telemedicina (Internet). Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2024. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-937024-reconocimiento-para-provision-servicios-salud-mediante>
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 18.591: Creación del Colegio Médico del Uruguay (Internet). Montevideo: IMPO; 2009. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18591-2009>
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 18.331: Protección de datos personales y acción de habeas data (Internet). Montevideo: IMPO; 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Rodríguez Almada H. Consentimiento informado en la práctica clínica. *AnFaMed (Univ Repúb Urug)* (Internet). 2017;4(Supl 2):22-30. Disponible en: <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/anfamed/article/view/207>
- Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 18.335: Regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud (Internet). Montevideo: IMPO; 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Kramer GM, Kinn JT, Mishkind MC. Legal, regulatory, and risk management issues in the use of technology to deliver mental health care. *Cogn Behav Pract*. 2015;22(3):258-68. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.04.008.
- Andrade Sosa D, Escobar Suhr V. Consentimiento informado en la reciente regulación de la telemedicina en Uruguay. *Rev Derecho Público* (Internet). 2021;30(58):9-27. Disponible en: <https://revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/download/152/122>
- World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening (Internet). Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505>
- Organización Panamericana de la Salud. Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud: un llamado a la acción panamericana (Internet). Washington (DC): OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/90b885d6-a943-4114-a617-ed577346e43e>
- Shalev L, Eitan R, Rose AJ. The use of telepsychiatry services in emergency settings: scoping review. *J Med Internet Res*. 2024;26:e51814. doi:10.2196/51814.
- Sommer J, Torre AC, Bibiloni N, Plazzotta F, Vázquez F, Terrasa SA, et al. Telemedicina: validación de un cuestionario para evaluar la experiencia de los profesionales de la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e173. doi: 10.26633/RPSP.2022.173.

Nota de contribución autoral:

Alejandra Moreira: Conceptualización, investigación, escritura, revisión y edición.

Vanessa Ems: Conceptualización, supervisión, validación, escritura, revisión y edición.

Nota del autor: las autoras declaran no tener conflictos de intereses. El presente trabajo no contó con financiación específica para su realización.

Nota del editor: El editor responsable por la publicación de este trabajo es Juan Dapuetto.

Nota de disponibilidad de datos: Este artículo no generó conjuntos de datos originales. La información utilizada para su elaboración proviene de fuentes documentales disponibles e identificadas en las referencias bibliográficas.