

Ley N° 19529

LEY DE SALUD MENTAL

Documento Actualizado

Promulgación: 24/08/2017

Publicación: 19/09/2017

El Registro Nacional de Leyes y Decretos del presente semestre aún no fue editado.

Reglamentada por: Decreto N° 226/018 de 16/07/2018.

[Referencias a toda la norma](#)

CAPÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

(Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2

(Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno.

Artículo 3

(Principios rectores).- Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

- A) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.
- B) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.
- C) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- D) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
- E) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- F) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- G) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.
- H) Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.
- I) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.
- J) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.
- K) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3° y 4° de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

[Referencias al artículo](#)

Artículo 4

(Principio de no discriminación).- En ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- A) Estatus político, económico, social o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- B) Solicitudes familiares o laborales.
- C) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- D) Orientación sexual e identidad de género.
- E) Mera existencia de una historia de tratamiento u hospitalización.

Artículo 5

(Consumo problemático de sustancias psicoactivas).- El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario.

CAPÍTULO II - DERECHOS

Artículo 6

(Derechos).- La persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a:

- A) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.
- B) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión.
- C) Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.
- D) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- E) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

- F) Recibir información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.
- G) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.
- H) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante.
- I) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona designe, de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante.
- J) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.
- K) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.
- L) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente.
- M) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que se crea en la presente ley.
- N) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.
- O) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales y recreativas.
- P) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.
- Q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un diagnóstico actual o pasado.
- R) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin el consentimiento informado.
- S) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa

compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

- T) Contar con asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y bienes. Si fuera objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

[Referencias al artículo](#)

CAPÍTULO III - AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 7

(Rectoría).- Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

[Referencias al artículo](#)

Artículo 8

(Plan Nacional de Salud Mental).- El Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva.

Artículo 9

(Formación profesional).- El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental, así como para los equipos básicos de salud, en base a los mismos criterios.

Artículo 10

(Investigación).- Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiere el país.

CAPÍTULO IV - INTERINSTITUCIONALIDAD

Artículo 11

(Coordinación).- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

(*) **Notas:**

Reglamentado por: Decreto N° 331/019 de 04/11/2019.

Artículo 12

(Capacitación e inserción laboral).- Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, promoverán:

- A) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona.
- B) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada.
- C) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares.
- D) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

Artículo 13

(Acceso a vivienda).- Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

- A) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía como son entre otras las cooperativas de viviendas y de la Comisión Honoraria pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubre (MEVIR Doctor Alberto Gallinal Heber).
- B) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.
- C) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes con trastornos mentales. Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Artículo 14

(Inclusión educativa y cultural).- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

CAPÍTULO V - ABORDAJE

Artículo 15

(Integralidad de las prestaciones).- Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 16

(Niveles de atención).- La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

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

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se

procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

Artículo 17

(Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Artículo 18

(Redes territoriales).- Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

Artículo 19

(Equipos interdisciplinarios).- La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.

Artículo 20

(Salud y capacitación de recursos humanos).- Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

Artículo 21

(Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.

Artículo 22

(Dispositivos residenciales con apoyo).- Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición

progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

Artículo 23

(Consentimiento informado).- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de éste, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 27.

Artículo 24

(Hospitalización).- La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para

resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

Artículo 25

(Extensión de la cobertura).- La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.

Artículo 26

(Modalidades de hospitalización).- Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

Artículo 27

(Requisitos previos).- Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- A) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.
- B) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

Artículo 28

(Hospitalización voluntaria).- Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Artículo 29

(Deber de notificación).- El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos, las hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen por más de cuarenta y cinco días corridos, dentro de las setenta y dos horas de vencido dicho plazo.

Artículo 30

(Hospitalización involuntaria).- La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

- A) Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.
- B) Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

En la reglamentación de la presente ley, el Poder Ejecutivo establecerá cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 31.

Artículo 31

(Formalidades para hospitalización involuntaria).- La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

- A) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el literal siguiente del presente artículo.

- B) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales

deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.

- C) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

(*) Notas:

Ver en esta norma, artículo: 32.

Artículo 32

(Carga de la notificación).- Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, la institución Nacional de Derechos Humanos y al Juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

El Juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

Artículo 33

(Hospitalización por orden judicial).- El Juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El Juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización, información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico del prestador deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al Juez. Éste deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

Artículo 34

(Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).- El Juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley N° 19.149, de 24 de octubre de 2013.

Artículo 35

(Notificación de hospitalización por orden judicial).- En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras veinticuatro horas a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos.

Artículo 36

(Alta y permiso de salida).- El alta y el permiso de salida son facultad del médico tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

Artículo 37

(Desinstitucionalización).- Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Artículo 38

(Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.

El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025.

CAPÍTULO VI - ÓRGANO DEL CONTRALOR

Artículo 39

(Creación).- Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 40

(Cometidos).- Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- A) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.
- B) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las sujetas a procedimientos judiciales.
- C) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental, con la debida protección a los derechos de los usuarios.
- D) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.
- E) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.
- F) Inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.
- G) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, actores involucrados en el proceso asistencial y de terceros.
- H) Requerir la intervención judicial o de otros organismos competentes, ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su

reglamentación.

- I) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.
- J) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- K) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.
- L) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.
- M) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

Artículo 41

(Integración).- La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimientos, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá.
- B) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley.
- C) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.
- D) Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental.
- E) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.

- F) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.
- G) Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

Artículo 42

(Descentralización).- Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social.

Artículo 43

(Duración del mandato).- La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de tres años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos. Sin perjuicio de ello, la delegación del Poder Ejecutivo podrá modificarse en todo momento.

Artículo 44

(Quórum).- Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de siete de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

Artículo 45

(Competencia del Presidente).- Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- A) Presidir las sesiones de la Comisión.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos ocho de los miembros de la Comisión.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que

intervenga el mismo.

E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

Artículo 46

(Protección especial). Encomiéndose especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley N° 18.446, de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.

CAPÍTULO VII - DEROGACIÓN Y ADECUACIÓN

Artículo 47

Derógase la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

Artículo 48

Efectúanse las siguientes adecuaciones en la normativa vigente:

- A) La remisión efectuada por los artículos 40 y 46 de la Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974, debe entenderse realizada a la presente ley.
- B) La remisión efectuada por el literal B) del artículo 35, del Decreto-Ley N° 15.032, de 7 de julio de 1980 (Código del Proceso Penal), debe entenderse realizada a la presente ley.
- C) La remisión efectuada por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, debe entenderse realizada al artículo 23 de la presente ley.

TABARÉ VÁZQUEZ - EDUARDO BONOMI - RODOLFO NIN NOVOA - DANILO ASTORI - JORGE MENÉNDEZ - MARÍA JULIA MUÑOZ - VÍCTOR ROSSI - CAROLINA COSSE - ERNESTO MURRO - CRISTINA LUSTEMBERG - TABARÉ AGUERRE - LILIAM KECHICHIAN - ENEIDA de LEÓN - MARINA ARISMENDI



Plan Nacional de Salud Mental

2020 - 2027

Uruguay

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Ministerio de Salud Pública

Ministro

Dr. Jorge Basso

Sub Secretario

Dr. Jorge Quian

Dirección General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Sub Dirección General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Equipo coordinador y redactor del Plan

Dr. Ariel Montalbán

Dr. Horacio Porciúncula

Dra. Psic. Denisse Dogmanas

Dra.S.P. Mónica Castro

Dr. Gabriel Rossi

Mag. Soc. Agustín Lapetina

Consultor de OPS en la elaboración del Plan: Dr. Francisco Morales Calatayud

Consultor de OPS en Desinstitucionalización y Egreso: Dr. Mauricio Gómez

Apoyo Administrativo: María Laura Pereda

Colaboradora: Laura de Álava

Nota: Cuando en el texto se alude a adultos, se incluyen mujeres y varones, de la misma manera que cuando se refiere a niños se incluyen niñas y niños. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

Contenido

Siglas, abreviaturas y acrónimos	4
1. Introducción.....	6
2. Metodología para la elaboración del plan.....	9
3. Contexto social y epidemiológico	10
4. Antecedentes y situación actual de la salud mental	12
5. Marco Conceptual	21
6. Propósito del Plan.....	25
7. Nudos críticos en salud mental.....	25
8. Líneas de trabajo por área priorizada.....	29
8.1 Rectoría y gobernanza	29
8.2 Intersectorialidad.....	31
8.3 Promoción y prevención.....	34
8.4 Atención	45
8.5 Gestión humana y capacitación	64
9. Sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación.....	71
10. Financiamiento.....	83
11. Bibliografía citada y consultada	86
12. Anexos.....	90
12.1. Marco normativo.....	90
13. Participantes en la elaboración del plan	92

Siglas, abreviaturas y acrónimos

1. AGESIC: Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y el Conocimiento.
2. ANEP: Agencia Nacional de Educación Pública.
3. APD: Años perdidos por discapacidad.
4. APSM: Área Programática de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública
5. ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado
6. AVAD: Años de vida ajustados en función de la discapacidad
7. CEIP: Consejo de Educación Inicial y Primaria
8. CENFORES: Centro de Formación y Estudios del Instituto del Niño y Adolescente
9. CETI: Comité Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil
10. CETP: Consejo de Educación Técnico Profesional de la Universidad del Trabajo de Uruguay
11. CFE: Consejo de Formación en Educación
12. CIEP: Centro de Investigación y Experimentación Pedagógica
13. CODICEN: Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública
14. CNHPS: Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio
15. DDS: Dirección(es) Departamental(es) de Salud
16. DGS: Dirección General de la Salud
17. DDHH: Derechos Humanos
18. ENT: Enfermedades No Transmisibles
19. FONASA: Fondo Nacional de Salud
20. IAE: Intento de autoeliminación
21. IBs: Intervenciones breves
22. INAU: Instituto del Niño y Adolescente de Uruguay
23. INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente
24. INJU: Instituto Nacional de la Juventud
25. INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres
26. INR: Instituto Nacional de Rehabilitación
27. IRCCA: Instituto de Regulación y Control del Cannabis
28. JUNASA: Junta Nacional de Salud

29. LGBTIQ+: lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual, queer, más los colectivos que no se sienten representados en las siglas anteriores.
30. MEC: Ministerio de Educación y Cultura
31. MI: Ministerio del Interior
32. MIDES: Ministerio de Desarrollo Social
33. MSP: Ministerio de Salud Pública
34. MVOTMA: Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
35. NNA: Niños, niñas y adolescentes
36. OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
37. OMS: Organización Mundial de la Salud
38. ONG: Organización(es) No Gubernamental(es)
39. OPS: Organización Panamericana de la Salud
40. OUD: Observatorio Uruguayo de Drogas
41. PAI: Proceso Asistencial Integrado
42. PIAS: Plan Integral de Atención en Salud del Ministerio de Salud Pública
43. PIB: Producto Interno Bruto
44. PNSM: Plan Nacional de Salud Mental
45. PNPIIA: Plan Nacional de primera infancia, infancia y adolescencia
46. PRONADIS: Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social
47. PTI: Plan de tratamiento individualizado
48. RENADRO: Red Nacional de Atención en Drogas
49. RRHH: Recursos Humanos
50. SIPIAV: Sistema Integral de Protección de la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia
51. SIRPA: Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente
52. SM: Salud Mental
53. SND: Secretaría Nacional del Deporte
54. SNIC: Sistema Nacional Integrado de Cuidados
55. SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
56. SSR: Salud Sexual y Reproductiva
57. TM: Trastorno(s) Mental(es)
58. UCC: Uruguay Crece Contigo
59. UDELAR: Universidad de la República

1. Introducción

El presente Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) pretende ser un instrumento idóneo para poner en práctica políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud y su disfrute de manera integral y al más alto nivel posible a toda la población de la República Oriental del Uruguay. Tanto en su concepción como en los objetivos y acciones que propone, parte de considerar que la salud mental es inseparable de la salud en sentido general y que ésta, es un bien público socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por todos y garantizado por el Estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, afirmado por la cultura solidaria y ajeno a toda forma de discriminación o estigma.

Este PNSM surge como una necesidad, para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 19.529 Ley de Salud Mental (2017), y a tenor de lo que se expresa en sus artículos 7 y 8, en los que se encarga al Ministerio de Salud Pública la aplicación de dicha ley “a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados” (art. 7). Asimismo en el siguiente (art. 8), se indica que dicho Ministerio “elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva” (Ley N°19.529, 2017).

En correspondencia con el espíritu de la Ley, la elaboración de este PNSM y la proyección de sus objetivos y acciones, se ha nutrido de la visión intersectorial e interdisciplinaria necesaria en función de la acción transformadora que se requiere con la activa participación de diversos sectores de toda la sociedad.

En este Plan se entiende por salud mental, un estado de bienestar en el cual la persona, consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley N°19.529, 2017).

El marco general de la salud mental es promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos, comunidades y sociedades con el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar. La salud mental es una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del

derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental severo (Ley N°19.529, 2017).

En el documento se hará referencia a las personas con trastornos mentales severos y a las personas con problemas de salud mental prevalentes, entendiendo por estos aquellos más comunes y de consulta frecuente, para los cuales se establecerán objetivos, líneas estratégicas y acciones específicas.

Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. Toda afectación de la salud en los seres humanos implica componentes mentales y somáticos, que se dan en un contexto social determinado (Ley N°19.529, 2017).

El término trastorno mental severo (TMS) es utilizado para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad social (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002). La necesidad de delimitar correctamente a la población con trastorno mental severo es parte de un consenso internacional con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad. Deben constituir un grupo de interés prioritario que requiere de servicios sanitarios y dispositivos sociales de apoyo, con la finalidad de mejorar la situación del usuario hasta donde sea posible.

En relación al tema drogadicción y salud mental, se considera que una persona presenta un uso problemático de drogas cuando el mismo le acarrea problemas en una o más de las siguientes cuatro áreas vitales: su salud física y/o mental en sentido amplio; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (espacios de socialización como trabajo, estudio, recreación, etc.); su relacionamiento con la ley y las agencias oficiales de control social (Uruguay, 2016).

El uso problemático de drogas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario (Ley N°19.529, 2017).

Claramente, el PNSM se enfoca en el componente mental de la salud y presta especial prioridad a acciones encaminadas a la eliminación de toda forma de vulneración de derechos humanos, así como a la adopción, de manera irreversible, de una lógica de recuperación basada en el involucramiento de y con la comunidad, buscando que la misma sea accesible a toda persona con problemas de salud de

expresión predominantemente mental, por complejos o persistentes que tales problemas puedan ser.

Esa prioridad representa un importante desafío, que no se limita a los imprescindibles cambios de organización de servicios o de los formatos institucionales en los que se brindan, sino también y, sobre todo, obliga a generar un profundo cambio de paradigmas y de prácticas. Se trata de encontrar la participación real de diversos sectores, que junto al de la salud, son fundamentales (educación, vivienda, trabajo, desarrollo social, etc.) y hace a un imprescindible y profundo cambio cultural.

Al mismo tiempo, sobre la base de lo establecido en la propia Ley N°19.529 (2017), así como en los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y en diversas expresiones de políticas públicas vigentes, este PNSM también parte de concebir la promoción del bienestar psicológico y la salud mental como un componente inseparable de la salud (Ley N°18.211, 2007).

La generación de entornos saludables es una prioridad de la salud pública en todas sus dimensiones, especialmente en contemplar la dimensión psicológica. Se trata de incorporar la prevención específica de la salud mental, así como la atención accesible y oportuna de manifestaciones de malestar subjetivo que impacten como problemas de salud relacionados. Lo anterior adquiere especial relevancia en grupos de edad y sectores de la sociedad particularmente vulnerables o necesitados de atención.

El PNSM está concebido, siguiendo las recomendaciones internacionales para ser desarrollado en un período de 8 años (2020 a 2027, ambos años incluidos). Contiene resultados a alcanzar en diferentes momentos de ese período, especificándose en el Plan los primeros dos años, por lo que requiere de un monitoreo sistemático, evaluaciones integrales periódicas y parciales de aspectos específicos, según corresponda, así como una evaluación final. En este sentido, se puede considerar que su aplicación será progresiva en el tiempo.

Por otro lado, se buscará su desarrollo armónico y coherente en los diferentes territorios del país, debiendo superar paso a paso las diferencias que existen en la actualidad. Deberá asimismo desarrollarse más que como un plan vertical, como uno que alcance cada vez mayor imbricación en el SNIS, en relación con las diferentes áreas, planes y programas del mismo. Al mismo tiempo, se deberá basar en su relación activa con todos los actores institucionales, sociales, académicos y otros, que resulten relevantes tanto a nivel nacional y territorial para la obtención de sus objetivos.

Se deberá entender que este PNSM será exitoso en la medida en que sea realmente transformador, consecuente, participativo, inclusivo, intersectorial,

interdisciplinario, integrador de todos los actores y saberes pertinentes, realista y adecuado a las peculiaridades de cada situación y lugar.

Es comprensible que su aplicación requerirá de priorización y de recursos apropiados. Es comprensible también que podrán surgir resistencias, con mayor o menor grado de fundamento y legitimidad, a los cambios que se necesita realizar. Es esperable que tales resistencias puedan ser tratadas con la particularidad que cada una pueda requerir.

2. Metodología para la elaboración del plan

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

En una primera etapa, se conformó a nivel del Ministerio de Salud un equipo multidisciplinario coordinador y redactor del Plan, conformado por los integrantes del Área Programática de Salud Mental (APSM) y la Dirección General de la Salud (DGS). Este equipo contó con la asesoría de dos expertos de la Organización Panamericana de la Salud con amplia experiencia en el tema.

Posteriormente en base al diagnóstico de situación se definieron seis áreas temáticas a desarrollar: I) Promoción y Prevención en Salud Mental; II) Detección, Asistencia y Recuperación; III) Interinstitucionalidad/Intersectorialidad; IV) Capacitación y formación; V) Cambio Cultural, Estigma y Derechos; y VI) Sistemas de Información, Evaluación e Investigación.

Se conformó un grupo de trabajo interinstitucional y multidisciplinario para cada área priorizada participando la academia, la sociedad civil, las sociedades científicas, asociaciones gremiales, los usuarios y familiares, prestadores de salud, centros de rehabilitación psicosocial, profesionales de diferentes áreas, MIDES, INAU, Institución Nacional de Derechos Humanos, Secretaría de DDHH de Presidencia, Junta Nacional de Drogas, MVOTMA. El listado detallado de todos los participantes figura en el anexo del documento. Los grupos trabajaron en base a lineamientos acordados por el equipo coordinador y tuvieron un plazo de discusión y sistematización de sus aportes de aproximadamente 6 meses.

Por otro lado, se realizó una amplia revisión documental nacional: marco normativo, planes y políticas, publicaciones en revistas científicas e informes producidos por grupos académicos. Asimismo, fueron revisados artículos sobre estos temas de países de América Latina, Europa, y Oceanía. Se contemplaron también documentos de la

OPS y la OMS, de otros organismos internacionales y documentos producidos por consultores internacionales.

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

3. Contexto social y epidemiológico

Uruguay presenta una población de 3.505.985 habitantes según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el 2018. Es una república presidencialista y democrática, en la que se ha concedido importante prioridad a las políticas sociales y de derechos humanos (DDHH) en las últimas décadas. Asimismo, se trata de un ámbito nacional en el que se ha logrado el involucramiento de los sectores sociales en el debate y apoyo de los proyectos de interés público, muy especialmente en aquellos que buscan mejorar la calidad de la vida de la población en situación de vulnerabilidad (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Actualmente es el país más envejecido de la región resaltando una baja densidad demográfica, disminución de la tasa de crecimiento, desigual distribución de la población en el territorio y una transición demográfica temprana y lenta. El envejecimiento de la estructura poblacional viene acompañado de un sobre-envejecimiento, aumentando la proporción de personas mayores de 85 años sobre el total de las personas mayores y de una feminización de la vejez debido a la sobrevida de las mujeres. En una prospección reciente, se ha señalado que para 2050 la población de 65 años y más alcanzará el 22,2% del total y la esperanza de vida los 82 años. Si se dan ciertas condiciones, ambas cifras podrían ser más altas (INE, 2018).

El país dispone de un alto nivel de alfabetización (por encima del 98% de la población) y amplio acceso a la educación pública; no obstante, aun solamente 1 de cada 3 jóvenes entre 21 y 22 años logra completar la educación media superior, lo que se señala como un desafío en el sector educativo (INE, 2018).

En relación a la situación socioeconómica, Uruguay ha experimentado tasas de crecimiento positivas en los últimos 15 años. La pobreza es baja en todas las franjas etarias, aunque se sigue concentrando en la niñez y adolescencia. El porcentaje de personas que vive bajo la línea de pobreza pasó de 32,5% en 2006 a 8,1% en 2018, mientras que la indigencia pasó de 2,5% a 0,1% en el mismo período. El ingreso per cápita ha tenido un incremento del 17% desde 2006 a 2016, con una mejora en la distribución hacia los quintiles de menores ingresos (INE, 2018).

Con las políticas de gasto social, el índice de Gini tuvo una caída de 9,7 puntos desde el año 2009 al 2014, disminuyendo la desigualdad de ingresos (0.38). Sin embargo, persisten importantes disparidades en las diferentes regiones del país y en los grupos etarios. La tasa de desempleo ha presentado fluctuaciones y se situó en 8,2% en 2018. Existe regulación del salario mínimo y el salario promedio registra un crecimiento sostenido en los últimos años (INE, 2018) lo que determina también el incremento de las pasividades.

El país se ubica entre los primeros lugares de la región en relación con diversas medidas de bienestar, como el Índice de Desarrollo Humano, el Índice de Oportunidad Humana, el Índice de Libertad Económica y el Índice de aceptación global a personas LGBT. El valor del índice de Desarrollo Humano aumentó de 0,692 en 1990 a 0,804 en 2017. A pesar de que estos indicadores sitúan al país en un escenario mejor que el de otros en la región, se pueden reconocer desigualdades, así como segmentos de la población cuyas condiciones de vida en sentido general difieren de la tendencia, los que requieren enfoques particulares de parte de las políticas sociales (INE, 2018).

Las características demográficas y la mejora en las condiciones de vida, han derivado en una población que presenta una importante carga de enfermedades no transmisibles (ENT) (Ministerio de Salud Pública, 2019). Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) causados por las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidas las enfermedades mentales, son la principal fracción de la carga total. Las ENT representan el 80% del total de AVAD y los trastornos mentales (TM) el 17% (MSP, 2019). Las tres primeras causas de muerte en el país son las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades vinculadas al sistema respiratorio. La esperanza de vida al nacer fue estimada en 77.4 años para 2016. La mortalidad infantil alcanza una tasa de 6,8 en 2017, la más baja de la historia en Uruguay.

El sistema de salud ha implementado una profunda reforma con el propósito de mejorar el acceso a los servicios, lograr la cobertura universal y brindar un sistema basado en la equidad bajo los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud Pública. La base de la reforma se asienta en la concepción de la salud como un derecho humano fundamental y los principales lineamientos se basan en tres aspectos fundamentales: el cambio del modelo de financiamiento, el cambio del modelo de gestión y el cambio en el modelo de atención. Se crea un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), conformado por la articulación entre los prestadores públicos y privados y financiado por un seguro nacional de salud (Ley N°18.211, 2007).

Dentro de los logros consolidados más trascendentes de la reforma se encuentra la ampliación en la cobertura, alcanzando hoy al 95% de la población, el fortalecimiento de la rectoría, la definición de metas y objetivos sanitarios nacionales, la disminución

del gasto de bolsillo y la mejora en los valores de algunos indicadores de salud claves, entre otras. No obstante, aún se enfrentan importantes desafíos.

Los principales retos que afronta la consolidación de la reforma son avanzar más en el cambio de modelo asistencial basado en la atención primaria de salud, profundizar la complementación público-privada para racionalizar el uso de recursos y disminuir las brechas entre subsectores.

Asimismo, fortalecer la respuesta intersectorial a los problemas de salud, tendiendo a una salud en todas las políticas, implementar sistemas de registros potentes que permitan obtener información útil para el diseño de las políticas públicas e incorporar indicadores técnicos y socialmente sostenibles en las múltiples dimensiones que incluye la calidad en el proceso de atención.

4. Antecedentes y situación actual de la salud mental

4.1. Antecedentes

La evolución de la salud mental en Uruguay ha acompañado desde sus comienzos a principios de 1800, los cambios histórico-políticos nacionales e internacionales. Al igual que en varios países del mundo, la salud mental y los problemas de salud de expresión predominantemente mental no han sido abordados como problema de salud pública con igual importancia y resolución que los problemas de salud de expresión predominantemente somática. Se ha reproducido a través de los años un modelo de atención asilar, medicalizado, hospitalocéntrico y centrado en la atención de la enfermedad, sin una mirada integral que de cuenta de la relación entre la salud mental, la salud en general y el contexto.

Como política pública en el país la salud mental inicia su recorrido con la aprobación de dos leyes: la Ley N° 9.581 de Asistencia al Psicópata de 1936 y la Ley N° 11.139 de 1948 de creación del Patronato del Psicópata.

Posteriormente en la década de los 80 se crea el primer Programa Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública y la conformación de una Comisión Nacional de Salud Mental que dan origen al primer Plan Nacional de Salud Mental del año 1986. El mismo tuvo como cometidos desarrollar la atención en el primer nivel de atención, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización de los servicios hacia todo el interior del país y la creación de centros de rehabilitación (MSP, 1986).

Como producto de este plan se han producido algunos avances en la atención, como la creación e implementación de centros de salud y equipos comunitarios de

salud mental, la puesta en funcionamiento de unidades de salud mental en los hospitales generales, la instalación de centros de rehabilitación y el desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen trastornos mentales severos y otros problemas de salud mental prevalentes. Se desarrollaron experiencias de inserción comunitaria de personas institucionalizadas con diferente grado de avance en diferentes ámbitos, tales como laboral, vivienda, que se mantienen en la actualidad.

Se comienzan a implementar abordajes psicoterapéuticos en servicios de salud de manera heterogénea que luego por Decreto se incorporan de manera obligatoria para todo el SNIS en la implementación de prestaciones en salud mental (Decreto N°305/011) en el PIAS, reconociéndose la salud mental como una prioridad de la segunda etapa de la Reforma de la Salud.

Se enfatiza en la construcción de equipos para la atención de áreas específicas vinculadas a la salud mental, como lo son violencia, adolescencia, salud sexual y reproductiva, adicciones, comité de recepción vinculado a la psicoterapia, y en la formación de recursos humanos en diferentes modalidades, entre ellas practicantado y residentado en Medicina, Psicología y Enfermería. Asimismo se fortalece la participación de familiares y usuarios en espacios de planificación y toma de decisiones.

Se destaca la importancia de la creación de organismos que permiten desarrollar la atención en el área del uso problemático de drogas, como la Junta Nacional de Drogas (órgano político), la Secretaría Nacional de Drogas (órgano ejecutivo) y la RENADRO (Red Nacional de Drogas).

En lo que refiere a la prevención del suicidio se conformó La Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (Decreto N°378/004), integrada por: el Ministerio de Salud Pública (quien la preside), Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Desarrollo Social. Cuenta con el apoyo de una comisión asesora integrada por la UDELAR a través de las Facultades de: Psicología, Enfermería y Medicina y ASSE.

En el año 2011 elaboró e implementó el primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay (2011-2015) y en el 2016 definió una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para 2016-2020.

Desde el lanzamiento de ese Primer Plan, algunos de los principales avances en este tema han tenido que ver con: la inclusión de prestaciones psicoterapéuticas específicas para personas con riesgo de suicidio y sus familiares, desarrollo de guías y protocolos de atención, conformación de Grupos Departamentales interinstitucionales e intersectoriales de trabajo en torno al tema en casi todo el país,

implementación de una línea telefónica nacional 24hs. para la atención en crisis, entre otras medidas.

En el marco del proceso de reforma de la salud y de la implementación de políticas sociales, aún se evidencian dificultades para planificar e implementar políticas integrales de salud mental, que incorporen acciones imprescindibles de prevención y promoción en el marco de políticas intersectoriales. Se entiende que para que la atención de la salud mental se oriente por los principios rectores establecidos, requiere importantes cambios normativos de estructura, organización y prácticas institucionales y profesionales. Se avanzó en un importante cambio legislativo, acorde a los compromisos del país a nivel internacional, con una visión actualizada de la salud mental que incorporando una perspectiva de derechos humanos, que promueva un cambio en el modelo de atención acorde a los avances del conocimiento y que tenga en cuenta y actúe sobre los determinantes sociales de la salud.

En ese marco se abre un proceso de intercambio de numerosas expresiones de opiniones y aportes de parte de organizaciones de la sociedad civil, del sector académico, de los medios de comunicación, las sociedades científicas y de profesionales, así como de organismos públicos y privados, sistema político, entre otros. Se refleja la sensibilidad social sobre los temas de la salud mental, la inclusión social y el respeto a los derechos de las personas, especialmente aquellas que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad en relación a su salud mental. Este proceso se consolida con la aprobación en agosto de 2017 de la Ley 19.529 de SM (Ley N°19.529, 2017).

La Ley (2017) define el concepto de salud mental, de protección a la salud mental y del modelo de atención a la salud al que se aspira, como expresión de una nueva formulación de políticas públicas. En la misma se regulan los aspectos concernientes a:

- Los derechos de las personas a la protección y atención de la salud mental.
- Las competencias en relación a la rectoría.
- Encomienda al Ministerio de Salud la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental.
- Aborda el consumo problemático de sustancias psicoactivas.
- Enfatiza la Salud y capacitación del personal que se desempeña en el área de salud mental como un pilar fundamental de la implementación de la política.
- Define la interinstitucionalidad como la vía de abordaje de la salud mental, considerando los elementos integrales que influyen en la salud mental de una persona como el acceso a la vivienda, la inserción laboral, la inclusión educativa y cultural.

- Posiciona el desarrollo e implementación de una red de servicios socio-sanitarios en el territorio que promuevan la vida de la persona inserta en su comunidad.
- Mandata la ejecución de un plan de desinstitucionalización, conjuntamente con la creación de estructuras que hagan posible y den soporte a una vida plena en la comunidad.
- Establece la creación de una Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con sus cometidos.

4.2. Situación actual de la salud mental

A nivel mundial los problemas de salud mental y los ligados al consumo de sustancias constituyen un problema de salud pública con una importante carga de morbilidad, discapacidad y muerte prematura y son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad (APD). Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo están afectados por trastornos o problemas de salud mental prevalentes. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Las demencias y el deterioro cognitivo constituyen las principales enfermedades crónicas que producen discapacidad y dependencia entre las personas mayores. Se estima que son responsables del 11,9% de los años vividos con discapacidad a causa de una enfermedad no transmisible, afectando a casi la mitad de las personas mayores dependientes (ADI, 2013).

Según el estudio de la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas (2018) los problemas de salud denominados en ese informe como trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio, suponen la tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los problemas de salud mental prevalentes, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se estima que en 2015 la prevalencia de trastornos depresivos en la Región de las Américas fue entre 4% en hombres y casi 6% en mujeres. El segundo subgrupo en importancia abarca los trastornos de ansiedad y depresión con 2,1% y 4,9% del total de AVAD y de APD, respectivamente.

La prevalencia estimada en la región de los trastornos de ansiedad en 2015 fue de 3,8% para el sexo masculino y 7,7% para el femenino. La autoagresión y los trastornos por dolor suponen, respectivamente, 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD. La tasa mediana de prevalencia de 12 meses en la población adulta para psicosis no afectiva es 1,0%; para depresión mayor 5,2%; y para abuso/dependencia del alcohol 4,6% (OPS, 2018).

La transición demográfica que está viviendo la región es un reto que deben afrontar los sistemas de salud en general y los de salud mental en particular. Los problemas de salud mental prevalentes y neurológicos en las personas mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en las personas mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48% (OPS, 2018). En relación a otros trastornos mentales que aumentan su prevalencia con la edad, se deben destacar la depresión, ansiedad, y suicidios.

En Uruguay la discapacidad por enfermedades no transmisibles ocupa casi el 90% del total de los APD y los TM el 33%. Considerando la discapacidad por trastornos específicos, la depresión y ansiedad son los que ocupan los mayores porcentajes 7,6% y 5,2% respectivamente. Le sigue la carga por suicidio y autoagresión con un 2,6% de los AVAD. Los trastornos mentales severos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar ocupan el 1,9% y 1,4% de los APD respectivamente (OPS, 2018).

En Uruguay, si bien no existen registros epidemiológicos sobre la cantidad de personas afectadas, lo que podrá resolverse en el marco de la Historia Clínica Electrónica Nacional (HCEN), estudios internacionales indican una prevalencia acorde con la estructura poblacional del país, estimándose en 54.000 las personas afectadas por algún tipo de demencia. Por su parte, la depresión y la ansiedad son frecuentes en las personas mayores, aunque poco tratadas por ser erróneamente considerados parte del envejecimiento, o por desconocimiento de los profesionales al presentarse a través de síntomas somáticos o acompañado a otras enfermedades (ADI, 2013).

En el plano de los costes de la demencia en Uruguay, se estima que en el año 2010 fue de U\$S 7.787 (dólares americanos) por cada persona con demencia, distribuido de la siguiente forma: U\$S 2.881 (37%) para asistencia médica en general, U\$S 2.648 (34%) para asistencia social y U\$S 2.258 (29%) para asistencia informal. Esto le implicó al país un coste total de casi 421 millones de dólares americanos destinados a la gestión de las demencias (ADI-BUPA, 2013), cifra que representó un poco más del 1,05 % de su Producto Bruto Interno del año 2010 (estimado en U\$40.000 millones).

En la población infantil, un estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos realizado ya hace algunos años (2008) en escuelas públicas y

privadas del país, recogía la percepción de los padres sobre la presencia o ausencia de síntomas comportamentales y emocionales de su hijo en los últimos seis meses. Un 14% de esos niños entre los 6 y los 11 años en todo el Uruguay estaban en una zona de riesgo, es decir que, si bien no tenían un trastorno, tenían síntomas que hacían necesario un abordaje específico que controlara su evolución. En el total de los niños, el 19% tenía una dificultad académica “severa” que incluía fracaso o repetición escolar (Viola, Garrido & Varela; 2008).

En población lesbiana, gay, bisexual, trans, intersexual, queer y otros colectivos que no se sienten representados en las categorías anteriores (LGBTIQ+), el estigma y la discriminación sufrida en diversos ámbitos de socialización constituye un determinante social de la salud (Ministério da Saúde de Brasil, 2008; MSP, 2009) que afecta particularmente la esfera de la salud mental. Esta situación predispone a mayor exposición a situaciones de violencia (Ramos et. al, 2015), consumo problemático de sustancias, riesgo aumentado de padecer un trastorno mental, sobre todo depresión y ansiedad (Pineda, 2013), y más posibilidades de cometer suicidio en la adolescencia respecto a sus pares cis heterosexuales (Espada et. al, 2012). El Ministerio de Salud Pública ha elaborado guías de atención que incluyen el abordaje psicológico desde una perspectiva de diversidad sexual en general (López et. al, 2015), y especificidades sobre la atención a personas trans en proceso de transición desde una perspectiva de despatologización de sus identidades (MSP, 2016). Han existido avances normativos y se está en un proceso de instalar en el acceso a la atención en salud mental de calidad con perspectiva de diversidad, así como la transversalización de los servicios de salud en espacios de atención inclusivos que aborden las temáticas LGBTIQ+.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol tanto en adolescentes, como en adultos es la sustancia que se consume en mayor medida (Junta Nacional de Drogas, 2016). Según la VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media del año 2016, 7 de cada 10 adolescentes escolarizados declaran haber consumido bebidas alcohólicas en el último año y la edad promedio de inicio del consumo de alcohol se sitúa a los 12,7 años. En la población adulta los datos de la encuesta de Factores de Riesgo del año 2013 muestra que la prevalencia de consumo diario de alcohol en la población de 25 a 64 años es del 3.9% y la de consumo problemático de 8.1%, siendo claramente mayor en los hombres.(14) Según el informe del 2016 del Observatorio Uruguayo de Drogas existen en Uruguay unas 261.000 personas que presentan uso problemático de alcohol, ya sea por abusos por ingesta, consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia (JND, 2016).

La prevalencia de consumo de marihuana en adolescentes se ubica en 18,5%, representando 2 de cada 10 adolescentes. En los adultos, el 23,3 % de las personas entre 15 y 65 años ha probado marihuana alguna vez en su vida y el 16,7 % (27.000 usuarios) de los consumidores del último año presenta signos de uso problemático. El consumo habitual de marihuana en los varones es dos veces y media mayor que el de las mujeres y en Montevideo es el doble que en el interior del país (JND, 2016).

En 2014 en el país se comienza a regular el mercado de marihuana, habilitando el acceso legal a través de cultivo doméstico, clubes de cannabis o dispensación en farmacias. A partir de allí y comparando con el año 2017 el consumo medido en prevalencia de vida aumenta en algunos grupos por encima del promedio, éstos son las mujeres, que casi duplicaron su consumo en el último año desde 6,4% a 12,2%; las personas residentes en Montevideo, que pasan de 12,4% a 23,8%; y los mayores de 35 años, en particular, el grupo de entre 55 y 65 años, que pasa de 0,6% a 1,9% (lo que equivale a un aumento del 229%) (JND, 2001; JND, 2006; JND, 2011; JND, 2014).

Con relación al consumo de cocaína casi el 7% de las personas entre 15 y 65 años (118.000 personas) ha consumido cocaína alguna vez en su vida. El consumo en los últimos 12 meses alcanza al 1,6% de la población, en tanto un 0,6% consumió la sustancia en los últimos 30 días. El 21% de los que consumieron cocaína en el último año presenta signos de dependencia a la sustancia, de acuerdo al criterio de la CIE-10. En la medición del 2016, no se presentan diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de año y mes respecto a las mediciones de 2006 y 2011, por lo que se puede considerar que existe cierta estabilidad en el consumo (JND, 2006; JND, 2011; JND, 2016).

El uso indebido de tranquilizantes, sin que medie una indicación médica, es señalado por 1 de cada 10 adolescentes escolarizados en educación media y en el 5,4% de los adolescentes en el último año, siendo mayor en las mujeres (6,7%) con relación a los varones (4,2%). En las personas de 15 y 65 años el 27,2 % declara haber consumido tranquilizantes alguna vez en su vida y dos de cada diez lo hicieron sin prescripción médica. El 10 % de la población ha consumido alguna vez en la vida antidepresivos y el 5 % lo ha hecho en el último año (JND, 2016).

A su vez, es muy alta la prescripción de antipsicóticos y benzodiazepinas en la población que vive con demencia. Un estudio nacional realizado en 2018 con 116 familiares cuidadores de personas con diagnóstico de demencia y 15 médicos, observó que el 54% de estas personas consumen antipsicóticos y el 44% benzodiazepinas, indicando que estos fármacos se utilizan como primera línea de contención de los trastornos conductuales y afectivos, lo que es desaconsejado en las guías clínicas internacionales (Pérez, 2018).

Según los datos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2018) que asiste al 39% de la población del país (1.350.976 usuarios), en el año 2018 (enero-octubre) tuvo 39.727 consultas por salud mental en todo el país, lo que involucró a 8.273 usuarios. Las cinco primeras causas de consulta fueron trastornos del humor (32%), trastornos de ansiedad y otros (14%), esquizofrenia (12%), discapacidad intelectual (10%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (5%). El mayor porcentaje de consultas se observó en el sexo femenino (60%) y por grupo etario se observa en primer lugar el grupo de 26 a 50 años (30,3%), seguido de los adolescentes de 12 a 18 años (17%), en tercer lugar, los niños de 1 a 11 años (16.4%) y en cuarto lugar las personas de 60 años y más (14%).

De acuerdo a los datos de los egresos hospitalarios codificados por la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud), cada año se producen aproximadamente unas 12.500 internaciones por diagnósticos de salud mental en el país. Las cinco primeras causas de internación se deben a episodios depresivos, lo que representa el 18,5% del total de egresos por problemas de salud mental, trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (13,3%), esquizofrenia (12,3%), trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (6,5%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol (5,3%). Las internaciones predominan en el sexo femenino (51,9%) y la media de edad al momento de la internación es de $39 \pm 18,8$ años. Más de la mitad de los ingresos (56,9%) se produce en el subsector público de salud, teniendo un promedio de días de internación superior (22 ± 131 días) al subsector privado ($9,6 \pm 14$ días) (Departamento de Vigilancia en Salud MSP, 2019).

A pesar de que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (OPS, 2014), en Uruguay se evidencia una tendencia estable en los tres años, sin embargo, la tasa de suicidio en el país continúa siendo una de las más altas de la región situándose en 2018 en 20,3/100.000h.

El suicidio se produce mayoritariamente en hombres/mujeres y en las personas adultas mayores. En el último año, 12 de los 19 departamentos presentan una tasa superior a la tasa país, siendo Lavalleja (33,9), Rocha (33,7) y Río Negro (29,4) los que presentan las tasas más elevadas. Según el Departamento de Estadísticas Vitales del MSP, los métodos más utilizados para el suicidio son el ahorcamiento y el disparo de arma de fuego.

4.3. Gasto en salud y en salud mental

El gasto total en salud en el año 2018 alcanzó el 9,5% del producto interno bruto (PIB), según Rendición de Cuentas (2018) distribuyéndose 6,8% en gasto público y 2,7% en privado. El gasto público en salud pasó de ser el 50% del gasto total en salud en el 2004 a ser el 70% en 2018, aproximándose a los niveles registrados para el promedio de los países altamente industrializados que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que se ubican en el 72%.

Por otra parte, se distingue el crecimiento en los fondos asignados a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que prácticamente se triplicaron en términos reales entre 2004 y 2018. A pesar de estos avances, la distribución del gasto público en salud mental es inequitativa y destinada su mayor parte al financiamiento de los hospitales psiquiátricos y estructuras asilares. Existe un gasto de bolsillo o privado en la atención en salud mental que se ha ido consolidado como un componente multicausal.

4.4. Atención en salud mental

Actualmente en Uruguay coexisten tres modelos de atención en SM: asilar, hospitalocéntrico y comunitario. Este último cuenta con un escaso desarrollo fundamentalmente en el subsector privado de salud. Existen si múltiples experiencias con diferentes estructuras y modalidades sin articulación y complementación limitada. A nivel comunitario se pueden encontrar entonces equipos especializados, psicólogos de área, consulta de psiquiatría y psicología, comités de recepción para recibir psicoterapia y escasos servicios comunitarios de mediana o larga estadía alternativos a la internación, todos ellos como se mencionaba anteriormente con una insuficiente coordinación, superposición de recursos y baja eficiencia.

La complementación público-privada, fundamentalmente para las regiones más alejadas de la capital, donde el capital humano es escaso, aún es muy incipiente.

4.5. Recursos humanos

La distribución del personal es heterogénea entre profesiones y a nivel regional, y existe una alta proporción de los mismos que se desempeñan en el área hospitalaria. Existe una alta concentración de profesionales en la capital del país, contando con departamentos del interior del país en donde los recursos humanos especializados

dependen de que se trasladen desde la capital, resultando su continuidad en el tiempo y su número variable e insuficiente en muchos casos (INE, 2018).

Para una mejor gestión de los servicios y una distribución equitativa en función de las necesidades en el territorio, se hace necesario definir y profundizar en las políticas de estímulos para su descentralización, así como definir protocolos de funcionamiento, roles del equipo de salud en las distintas estructuras de atención de salud mental.

La especialización o capacitación del personal que ya se desempeña en la atención de salud mental no está lo suficientemente alineada al modelo comunitario. La oferta no es pareja para todos los funcionarios especialmente en el interior. Las diferencias en las condiciones de trabajo y remuneración entre el subsector público y privado contribuyen a la inequidad en la distribución de los recursos; además existe escasez de personal con formación y habilidades para el trabajo comunitario y los incentivos para el mismo son insuficientes. Es necesario reforzar el concepto de trabajo en equipo interdisciplinario dado que aún persisten estructuras donde el equipo existe, pero su función se traduce en el trabajo individual de cada profesión, no alcanzando la mirada y el abordaje integral intersectorial que las personas requieren.

Los programas académicos de la formación del personal de la salud incluyen escasos contenidos curriculares del modelo de salud mental comunitario.

5. Marco Conceptual

5.1. Abordaje

Modelo comunitario

El Modelo Comunitario no lo define el espacio físico, sino que se refiere fundamentalmente a que la atención en salud mental está inmersa y participa de la realidad comunitaria y de su complejidad. Este modelo permite comprender la importancia del contexto en la salud y la recuperación de la persona, favorece su inclusión social y provee de las condiciones para el pleno ejercicio de sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida (Ministerio de Salud, 2017).

Es fundamental la participación de la población usuaria y de sus familiares, en particular su empoderamiento y organización como parte esencial en la co-construcción del abordaje integral, individual y colectivo, donde las personas son sujetos activos de su recuperación y del manejo de su enfermedad (MSP, 2017).

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental implica el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental con un enfoque integral. El estigma, la marginación social o laboral afecta derechos ciudadanos, sumándose factores como la pérdida de redes y/o vínculos así como la falta de autonomía para

tomar decisiones, todo lo que complejiza los procesos de recuperación (ASSE; MSP; UdelaR, 2018).

Este modelo se centra en la inclusión sociocomunitaria de las personas y busca proveer de las condiciones que contribuyan al pleno ejercicio de los derechos y bienestar socioemocional. En este marco, se reconoce a las personas como parte de un grupo de pertenencia (familia u otro) y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización y continuidad de cuidados (MSP, 2017).

Se pretende fortalecer un modelo de atención comunitaria, que se centra en el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como sujetos de derecho. En acuerdo con la declaración del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2016): “los servicios de salud mental y sociales deben adoptar una perspectiva de derechos humanos para evitar causar daños a las personas que hagan uso de ellos; en particular con miras a eliminar todas las formas de violencia y discriminación en ese contexto, y para promover el derecho de toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad”.

El abordaje comunitario de los trastornos mentales y la reducción de las hospitalizaciones a las instituciones monovalentes y el cierre de estructuras asilares y monovalentes previsto por la Ley para el 2025, requieren el establecimiento de una gama de dispositivos alternativos, comunitarios, de calidad adecuada y accesible.

Las estructuras monovalentes son aquellos establecimientos destinados a prestar servicios de salud en una sola especialidad, la salud mental en lo que atañe al presente Plan.

De acuerdo a la Ley (2017) se entiende por estructuras asilares:

“las instituciones custodiales, cerradas, inspiradas en un modelo ampliamente superado de “tratamiento psiquiátrico”, que se basaba en la reeducación del paciente mediante el “tratamiento moral”. Para ello, la institución (que se construía en las afueras de las ciudades) debía promover el aislamiento total, con alejamiento del ambiente patológico y establecimiento de un orden social interno, jerarquizado y clasista.” (Ley N°19.529, 2017).

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales. Las mismas:

“implican el desarrollo de un sistema de dispositivos en la comunidad -sanitarios, sociales y mixtos- que proporcionen asistencia médica, rehabilitación psicosocial y tratamiento para

episodios agudos; así como viviendas protegidas y planes laborales, de modo que las personas con trastornos mentales severos tengan más oportunidades de integración en la comunidad” (Ley N°19.529, 2017).

En este desarrollo se requiere de los denominados “Servicios de Apoyo” que plantea la pertinencia de facilitar el apoyo y defender los intereses de las personas con trastornos mentales severos cuya capacidad se haya modificado jurídicamente, para que puedan alcanzar el máximo nivel de autonomía e integración en la comunidad, así como la defensa jurídica de sus intereses (ASSE, 2019).

El servicio de apoyo se desempeñará en las áreas jurídica: prestación de apoyos para la defensa de derechos y cumplimiento de obligaciones; social: prestación de apoyos para el bienestar y desarrollo personal, y económico-administrativa: prestación de apoyos para la gestión económica, patrimonial y administrativa (ASSE, 2019).

Para avanzar hacia una adecuada atención e inclusión de la población con trastornos mentales severos se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario, con la participación imprescindible de organismos competentes para implementar acciones de inclusión social, en particular para aquellas personas que tengan un trastorno mental severo, procurando la recuperación de los vínculos sociales y asegurando el acceso a dispositivos que incluyan vivienda, educación, trabajo, cultura, arte y seguridad social, como modo de garantizar el derecho a condiciones dignas de calidad de vida y promoción humana. Sus pilares básicos se asientan en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos, y el sistema de servicios sociales, tanto generales como especializados (AEN, 2002).

No todas las personas que presenten diagnósticos vinculados a problemáticas de SM, necesariamente se encuentran en situación de discapacidad. Determinar la discapacidad implica su valoración, reconociendo la necesidad de apoyos que requiere una persona. Esa valoración de la discapacidad, contribuye a identificar adecuadamente las limitaciones, tanto como de los recursos personales, familiares y de contexto para una derivación, orientación y seguimiento.

La OMS en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) establece la discapacidad como un concepto global que abarca la condición de Salud, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación. Refiere a un término relativo a la persona con su condición de salud y su contexto, la cual está determinada por factores personales y factores contextuales, donde dichos factores pueden ser facilitadores o barreras para el desarrollo personal.

La Convención Internacional de las Personas con Discapacidad (CDPD) (ONU, 2006) define:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (p.4).

5.2. Principios en los que se basa el Plan de Salud Mental

Son los expresados en la Ley 19.529:

- a) Integralidad de la persona, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su singularidad.
- b) Dignidad humana y derechos humanos. La persona debe ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.
- c) Principio de no discriminación.
- d) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- e) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
- f) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- g) La atención debe ser sanitaria y social integral, de calidad y humanizada con enfoque interdisciplinario e intersectorial, que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención basados en fundamentos científicos, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- h) El logro de las mejores condiciones posibles la integración familiar, laboral y comunitaria de la persona.
- i) El estado de la persona con trastorno mental es modificable.
- j) La posibilidad de las personas de autodeterminarse.
- k) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.

l) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3° y 4° de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

6. Propósito del Plan

El Plan Nacional de Salud Mental tiene como propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención.

7. Nudos críticos en salud mental

Dimensión Cambio Cultural

- Persistencia de concepciones estigmatizantes que afectan los procesos de atención de personas con problemas de salud mental y/o uso problemático de drogas y su inclusión en la comunidad.
- Medicalización, psicologización, patologización de los problemas psicosociales o de la vida cotidiana.
- Persistencia de estructuras monovalentes (hospitales psiquiátricos y asilares) tanto en el subsector público como privado, funcionales a un modelo de internación prolongada.

Dimensión Accesibilidad

- Concentración de la oferta de la atención en Montevideo y capitales departamentales.
- Barreras para acceder a la atención en salud mental institucional, con un modelo tradicional que genera, sumado a otros factores, tiempos de espera prolongados, con los costos asociados para el usuario/a.
- Dificultades de accesibilidad a servicios de salud mental con perspectiva de diversidad sexual.

Dimensión Equidad

- Asignación de recursos fuera de una concepción de equipo interdisciplinario sumado a la frecuente poca pertinencia territorial.
- Inadecuación de los servicios existentes para atender a grupos poblacionales en situaciones de vulnerabilidad (situación de calle, PPL, entre otros).
- Heterogeneidad de la oferta en subsectores de la salud y territorio con escasa complementariedad.
- Existencia de residencias informales para personas con problemas de salud mental.
- Escasez de un trabajo programado con un abordaje en equipo psicoterapéutico y psicosocial, que incluya determinadas especificidades tales como el trabajo con discapacidades, o con adultos mayores.

Dimensión Intersectorialidad

- Modelos organizacionales no compatibles con el Modelo de Atención Comunitario.
- Débil articulación entre sectores del Estado y la sociedad en general para la atención de los problemas de salud mental de las personas.
- Insuficientes herramientas de gestión para favorecer la supervisión de los dispositivos sociosanitarios.
- Insuficiente participación activa de las personas usuarias y sus familiares en la definición de los criterios esenciales de abordaje en los diferentes dispositivos de salud.

Dimensión Eficiencia

- Débil inserción de la salud mental en el entramado general del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- Débil desarrollo de la Red de los servicios que atienden problemáticas de salud mental.
- Participación restringida de profesionales de Atención Primaria de Salud en consultorías.
- Escaso desarrollo del modelo comunitario en la actualidad.
- Baja detección y resolución en el primer nivel de atención con una excesiva focalización de los problemas de salud mental en los equipos y servicios especializados para este tema.

Dimensión Oportunidad de la atención

- Brechas de cobertura de los dispositivos dificultan la atención oportuna y la continuidad asistencial.
- Excesiva utilización de la hospitalización por mandato del Poder Judicial.
- Excesiva demora para la atención oportuna en determinado grupo de pacientes vinculada a las múltiples variables enunciadas anteriormente.
- Poco desarrollo de acciones de promoción, prevención y detección precoz de enfermedades mentales.

Dimensión Continuidad de la atención

- Fragmentación de la red de servicios de salud mental en los distintos niveles asistenciales en las propias instituciones de salud.
- Mecanismos administrativos aún poco eficientes para el tránsito y seguimiento en el tiempo de las personas usuarias en la red de atención.

Dimensión Efectividad

- Insuficiente desarrollo de estándares para la planificación, los cuales están escasamente alineados con el Modelo comunitario.
- Insuficiente definición de estándares de efectividad clínica.
- Escasa formación, difusión y cumplimiento de pautas y protocolos para el uso racional de psicofármacos.
- Insuficiente análisis de las necesidades reales de recursos del sistema y de un adecuado estudio para promover la distribución de los recursos según las necesidades territoriales.
- Se carece de monitoreo de la calidad de los servicios y las prestaciones de salud mental.
- Los servicios habilitados carecen de pautas de buenas prácticas, y procesos de acreditación de atención en salud mental.
- Insuficiente desarrollo de la psiquiatría de enlace.
- La persistencia de los modelos asilar y hospitalocéntrico se ha convertido en una barrera mas para el logro de una atención de calidad y la plena incorporación de las personas desde una perspectiva de DDHH e inclusión social.
- Insuficiente evaluación de la satisfacción de las personas usuarias con la atención recibida.

Dimensión de los RRHH

- Insuficientes RRHH capacitados de acuerdo al nuevo modelo de atención.
- Dificultades para la contratación y permanencia de RRHH en diversos sectores o lugares del territorio nacional vinculado al sistema de retribuciones y el peso de la actividad privada en la capital y el área metropolitana del país.
- Diferencias regionales en el acceso a las capacitaciones.
- Diferencias en las remuneraciones entre los subsectores de salud.
- Formación profesional no alineada con el Modelo comunitario de atención.
- Escasa valoración del cuidado de la salud mental de los equipos profesionales y no profesionales intervinientes en los procesos de atención.
- Insuficiente gestión y evaluación del desempeño de los RRHH.
- Escaso énfasis en los programas de formación del personal del área de la salud y el área social, en la promoción de salud mental y prevención y atención de los problemas de salud mental.
- Se cuenta con información parcial sobre la situación actual del número, formación y distribución de los recursos humanos del subsector público y privado que se desempeñan en la atención de salud mental.
- Déficit en la formación de profesionales del área de la salud mental en temas vinculados a la inclusión de la diversidad sexual para LGBTIQ+.
- Déficit en la formación en las problemáticas de salud mental de las personas mayores en los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención.

Dimensión Información

- La información disponible a nivel del sector Salud resulta del modelo tradicional existente por lo que no aporta datos suficientes para la planificación y monitoreo de la nueva política promovida por el marco legal aprobado.
- No se cuenta con el diseño de encuestas de base poblacional a los efectos de dimensionar la salud mental con los determinantes sociales y el sector salud.
- Sistemas de información insuficientemente integrados.
- Indicadores no alineados con el Modelo Comunitario.
- La investigación en salud mental es escasa y en general corresponde a esfuerzos aislados, inconexos con las políticas públicas.
- Dificultades para realizar investigación en primer nivel de atención que permita conocer factores que incidan en la efectividad.

- No se realiza articulación entre los sistemas de información de los organismos intersectoriales.

8. Líneas de trabajo por área priorizada.

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

8.1 Rectoría y gobernanza

Se requiere la consolidación de un sistema de gobernanza único para toda la red, con participación social y con una fuerte acción intersectorial que permita abordar los determinantes de la salud, y avanzar en términos de equidad en la atención.

Esto implica desde competencias entre acciones del Estado en diversas instituciones del mismo, pero también la implicancia en la descentralización territorial.

Determina la interacción de las administraciones públicas con las organizaciones de la sociedad civil o privadas, que no obedecen a una subordinación jerárquica, sino a una integración en red de interacción público-privado-sociedad civil.

La participación social se considera un punto clave de la gobernanza, existiendo niveles de integración dentro de la intersectorialidad, que van desde un simple intercambio de información, pasando por la cooperación, coordinación, hasta el nivel en el cual se logra la integración de políticas públicas. La participación debe recoger y considerar las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, asegurando la incidencia en la toma de decisiones en los temas que las afectan directamente o a las comunidades que ellos integran.

Como primeros pasos en esta área se propone la conformación de grupos técnicos intersectoriales de trabajo, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud que apoyen la implementación del PNSM a nivel nacional y generen lineamientos para los equipos del territorio. Los grupos técnicos deberán contar con una definición de funciones, un reglamento de funcionamiento, una planificación con productos concretos y un cronograma de cumplimiento.

Objetivo 1

Diseñar una institucionalización a nivel nacional, que oriente la gestión de las políticas de salud mental, contemplando los diferentes niveles de responsabilidad que deberán existir.

Líneas estratégicas

- Fortalecimiento de la rectoría del MSP.
- Promover acuerdos institucionales que regulen los recursos y la implementación del PNSM.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Fortalecer el área de salud mental del MSP dotándolo de recursos que permitan la implementación y el monitoreo de los avances del PNSM.	MSP.	2020 Área Programática de Salud mental con recursos adecuados para la implementación y monitoreo del plan.
Fortalecer y apoyar a las Direcciones Departamentales de salud en la aplicación de lo dispuesto por la ley y la implementación del PNSM a través de capacitación y planes locales.	MSP.	2021 DDS con capacitación y un plan de acciones específicas a nivel territorial aprobadas y en ejecución.
Dotar a las Direcciones Departamentales de salud de los recursos necesarios para ejercer la rectoría en la implementación del PNSM.	MSP.	2021 Designar un referente coordinador de salud mental en las DDS y los recursos para desempeñar la tarea.

<p>Conformar equipos técnicos de trabajo intersectoriales nacionales con los principales actores involucrados y representantes de los usuarios y la comunidad en cada temática para la implementación y monitoreo del plan.</p>	<p>MSP, Intersectorialidad, OSCs, Prestadores de salud, Instituciones académicas.</p>	<p>2020</p> <p>Propuesta de equipos a conformar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño y conformación de la red de atención 2. Capacitación 3. Elaboración de normas técnicas y estándares de calidad para la red de atención 4. Evaluación y monitoreo 5. Financiamiento
<p>Convocar y garantizar la participación activa de todos los sectores involucrados en territorio.</p>	<p>MSP, Prestadores de salud, INAU, SND, MIDES, ANEP, Instituciones académicas, sociedades científicas.</p>	<p>2020</p> <p>Reuniones periódicas con los diferentes referentes de cada sector.</p>
<p>Convocar a la participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.</p>	<p>MSP, Prestadores de salud, INAU, SND, MIDES, ANEP, Instituciones académicas, OSCs, sociedades científicas.</p>	<p>2020</p> <p>Generar mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local.</p>

8.2 Intersectorialidad

Es considerada de forma transversal en todo el Plan. En esta línea programática se hará especial referencia al Decreto Reglamentario N°331/019.

El Estado promoverá a partir de la intersectorialidad, la construcción de políticas específicas en el área de la salud mental por parte de todos los Ministerios, organismos implicados en Ley 19.529 y organizaciones de la sociedad civil, de modo de garantizar el desarrollo de acciones conjuntas, eficientes y solidarias. Estas políticas deben contener propuestas que fortalezcan las cooperaciones técnicas, económicas y financieras que den sostén a las mismas.

Para asegurar el efectivo funcionamiento de la interinstitucionalidad e intersectorialidad, se deberá incluir el aporte de la sociedad civil y la academia en el diseño y el seguimiento de dicha política pública. La Coordinación que se plantea en el Artículo 11 de la Ley de Salud Mental N°19.529, estará comprendida en el ámbito del Gabinete Social (creado por Decreto N° 236/005 de 25 de julio de 2015). De acuerdo a su reglamentación Decreto N°331/019, se determina la instalación de dos ámbitos específicos:

- a) La “**Comisión intersectorial en salud mental**” que funcionará en el ámbito del Consejo Nacional de Políticas Sociales, la que garantizará el cumplimiento del artículo 11 de la Ley de Salud Mental (Ley N°19.529, 2017), abordando propuestas de articulación interinstitucional en salud mental y monitoreando su cumplimiento.
- b) La “**Comisión asesora en salud mental**” de la anterior comisión, será un ámbito multipartito nacional integrado por representantes del Poder Ejecutivo, así como de instituciones académicas, sociedad civil y organizaciones vinculadas en la temática.

A nivel local se hace imprescindible priorizar el abordaje de la salud mental en las estructuras locales, intersectoriales de coordinación de políticas públicas.

Objetivo 1

Desarrollar y monitorear el plan operativo del PNSM en el marco de los ámbitos de coordinación departamental intersectorial teniendo en cuenta las particularidades territoriales.

Líneas estratégicas

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

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Convocar a todos los actores claves a través del MSP y sus representantes territoriales, de acuerdo a los lineamientos	MSP, Intersectorialidad con sus representantes territoriales, Instituciones académicas, Intendencias, Prestadores de salud,	2020 Integración de estos actores.

planteados por el Decreto N°331/019.	Sociedad civil, usuarios y familiares.	
Elaborar un plan operativo a nivel territorial (departamental) para implementar el PNSM, teniendo en cuenta las particularidades locales, institucionales, criterios poblacionales y disponibilidad de recursos.	MSP, Intersectorialidad con sus representantes territoriales, Instituciones académicas, Intendencias, Prestadores de salud, Sociedad Civil, usuarios y familiares.	2020 Plan detallado de trabajo para cada territorio.
Implementación progresiva del plan operativo.	Intersectorialidad a nivel territorial.	2020 Ejecución de acuerdo al plan.
Monitoreo del plan operativo.	MSP, Intersectorialidad.	A partir de 2021 Informes anuales.

Objetivo 2

Consolidar la institucionalidad de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS) y la gestión de la política en Prevención de Suicidio

Líneas estratégicas

- Asegurar infraestructura para fortalecer el funcionamiento de la CNHPS.
- Fortalecer el abordaje intersectorial.
- Consolidar los Grupos Departamentales de Prevención de suicidio.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Trabajar hacia la concreción de una futura Ley con el fin de sustituir el Decreto 378/004 avanzando en potenciar el funcionamiento de la CNHPS	Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, MSP, MEC, MIDES, MI.	Ley que declare de interés nacional las actividades de prevención de suicidio y defina la modalidad jurídica de constitución de la CNHPS, asegurando fuentes de ingreso para la

		infraestructura y la gestión efectiva de las actividades previstas en el Plan.
Establecer normativa de la creación de Grupos departamentales de Prevención de Suicidio definiendo los actores clave que deben integrarlos.	Poder Legislativo, Poder Ejecutivo, MSP, MEC, MIDES, MI.	2020 Normativa aprobada con Creación de Grupos departamentales de Prevención de Suicidio.
Crear en Montevideo Grupos de promoción en salud mental y prevención de suicidios en todos los Municipios.	CNHPS, DDS.	2021 Grupos Municipales en Montevideo creados y funcionando en los Municipios con red de salud conformadas o en vías de conformación.
Impulsar la creación de grupos de sobrevivientes de suicidio que participen en los GDPS.	CNHPS, GDPS, Sociedad civil.	Grupos de sobrevivientes en las comunidades locales funcionando y participando en los GDPS.

8.3 Promoción y prevención

La promoción y prevención en Salud Mental desde una perspectiva de Salud Pública debe tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales deben estar reflejados en acciones que formen parte de las políticas y/o planes intersectoriales.

Requiere cambios en actitudes y conductas de los individuos, así como cambios en el sistema sanitario, social y en el medio ambiente.

Objetivo 1

Promocionar la Salud Mental y el bienestar emocional de la población uruguaya en las distintas etapas de la vida y prevenir los problemas de salud mental, prestando especial atención a personas en situación de vulnerabilidad, procurando fortalecer los factores protectores, reducir los factores de riesgo, y lograr el mayor nivel de autonomía e integración socio-comunitaria.

Líneas estratégicas

- Generar accesibilidad a la comunicación en temas vinculados a la Promoción de la Salud con énfasis en la Salud Mental, concibiendo a la misma como sustrato indivisible del concepto de Salud Integral.
- Sensibilizar a la comunidad en general, y a grupos de riesgo de las diferentes franjas etarias, acerca de cómo cuidar los temas vinculados a la Salud Mental.
- Fomentar estrategias e intervenciones que aborden la promoción de la Salud Mental, con especial énfasis en la mejora de la calidad de vida, el fortalecimiento de los vínculos familiares y socio comunitarios, tendientes a la inclusión y empoderamiento ciudadano.
- Fortalecer políticas socio sanitarias que incorporen desde la intersectorialidad a la Salud Mental con orientación al abordaje de los determinantes de Salud.
- Elaborar e implementar una estrategia amplia de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, destinada a fomentar los activos en salud mental de la población, a partir de intervenciones dirigidas tanto a población general como a grupos más vulnerables, que demandan atención en este nivel.
- Prevenir el abuso y maltrato en las diferentes etapas de la vida con énfasis en las personas mayores y otras personas en situación de vulnerabilidad.
- Promover la formación de recursos humanos en los ámbitos de salud y educativos para la atención, orientación, acompañamiento y seguimiento de NNA y sus referentes socio-familiares, que demanden atención psicológica e integral en sus procesos de construcción identitaria, asegurando el acceso a la atención a partir de una lógica de abordaje territorial y de trabajo en redes.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Diseñar e implementar campañas de comunicación en temas vinculados a la Promoción de la Salud Mental y prevención de los problemas de salud mental.	MSP, Intersectorialidad, Instituciones académicas.	Actividades realizadas en clubes barriales, centros de enseñanza y centros de salud públicos y privados de primer nivel, coordinados con criterio intersectorial y regional.

Implementar campañas y acciones contra el estigma y discriminación para problemas de salud mental y demencias.	MSP, Instituciones académicas, usuarios y familiares, Presidencia de la República.	2020 Realizar una campaña de bien público en radio y TV. Realización de materiales gráficos de difusión.
Capacitar a los movimientos de usuarios en temas de salud mental, abarcando las problemáticas de los diferentes grupos de edades.	MSP, Intersectorialidad, Instituciones académicas.	Usuarios funcionando como agentes comunitarios.
Generar programas de promoción de hábitos saludables e inclusión social significativa e intergeneracional como parte de un envejecimiento activo y saludable.	Intersectorialidad.	Programas elaborados e implementados.

Objetivo 2

Lograr una participación activa y responsable de los medios masivos de comunicación (MMCC) en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.

Líneas estratégicas

- Establecer una alianza con los MMCC.
- Mejorar la comunicación responsable de la problemática del suicidio por parte de los MMCC.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Diseñar e implementar un plan de comunicación con los MMCC.	CNHPS, actores de los MMCC, MSP.	Plan diseñado e implementado.
Generar instancias periódicas de comunicación	CNHPS, MMCC.	2020 Encuentros realizados.

y coordinación con los MMCC.		
Elaborar una estrategia comunicacional para MMCC.	CNHPS, Instituciones académicas, actores de los MMCC.	Protocolo elaborado.
Implementar actividades de sensibilización y capacitación para los MMCC.	CNHPS, Instituciones académicas, actores de los MMCC.	Actividades de sensibilización y capacitación realizadas.
Impulsar la inclusión de la temática en las currículas de los profesionales y trabajadores de la comunicación.	CNHPS, Instituciones académicas, actores de los MMCC.	Temática incluida en las currículas de las instituciones académicas.

Objetivo 3

Promover hábitos saludables de vida y fortalecer principales recursos psicosociales en la población de todas las edades con énfasis en niños, niñas y adolescentes (NNA).

Líneas estratégicas

- Desarrollo de medidas que tiendan al cuidado y crecimiento saludable de NNA, involucrando a los prestadores de salud, la sociedad, especialmente en los escenarios educativos y recreativos.
- Coordinar articulación entre salud y educación para acciones adecuadas y pertinentes en relación a la salud mental de los NNA.
- Estimular la plena participación y cooperación de NNA, sus familias y comunidades en los planes de atención, promoción y prevención primaria en salud mental.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Desarrollar encuentros departamentales, regionales y nacionales estudiantiles para difundir en esa población los derechos de los NNA y promover la convivencia saludable.	Poder judicial, INAU, MEC, Instituciones académicas, Sociedad civil, ANEP, Intendencias.	Encuentros realizados.
Diseño e Implementación de Programas transversales de “Habilidades para la vida” en: Primera Infancia, Educación Primaria, Secundaria y Terciaria.	MEC, MIDES, INAU, MSP, ANEP.	Programas diseñados. Programas implementados.
Diseñar en forma conjunta con el sector educativo cursos de capacitación para docentes y otros funcionarios del ámbito educativo en temas de salud mental.	ANEP, Prestadores de salud, Instituciones académicas, MSP.	2020 Módulos de capacitación diseñados.
Ampliar las estrategias de inclusión educativa de NNA con problemas psicosociales y de salud mental severos.	ANEP, CEIP, INAU, MSP.	Pautas de inclusión consensuadas y elaboradas e implementadas.

Objetivo 4

Incluir a la familia y/o referente socio-afectivo (RSA)¹ como entorno determinante de la salud del NNA.

¹ RSA refiere a aquellos familiares y/o cuidadores del NNA.

Líneas estratégicas

- Desarrollar programas de intervención en la primera infancia, infancia y adolescencia enfocados al trabajo con familias y al fortalecimiento de las capacidades de cuidado.
- Promover la corresponsabilidad entre varones y mujeres en las prácticas de crianza.
- Desarrollar un sistema eficiente de apoyo y seguimiento a las familias.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Generar campañas de difusión para favorecer apego seguro con familia o RSA.	MSP, Sociedades científicas, Instituciones académicas, Prestadores de salud, ONGs, Sociedad civil.	Actividades de difusión de la importancia central que tienen los primeros vínculos en el posterior desarrollo de la persona.
Diseñar estrategias y programas de promoción de relaciones positivas en la familia basadas en la función parental.	INAU, MIDES (Uruguay crece contigo, ETAF) Instituciones académicas.	Programas desarrollados para primera infancia, infancia y adolescencia.
Elaborar protocolos de actuación dirigido a equipos técnicos del área salud, educación y programas de proximidad para el acompañamiento y fortalecimiento de familias que tengan NNA.	INAU, PRONADIS, MIDES, UCC, MSP, ANEP, CAIF.	Protocolo elaborado.
Elaborar protocolos de actuación de apoyo a madres y padres con discapacidad.	INAU, PRONADIS, UCC.	Protocolo elaborado.

Generar mecanismos de apoyo para ejercer los roles de maternidad/paternidad de personas con trastorno mental severo.	INAU, PRONADIS, UCC, Sistema Nacional de Cuidados, Intersectorialidad, Prestadores de salud, ONGs, Sociedad civil.	Diseñar e implementar apoyos para la crianza responsable.
Generar apoyos para que familias con escasos recursos económicos puedan convivir con hijos con discapacidad.	Sistema Nacional de Cuidados, INAU, PRONADIS, UCC, Intersectorialidad, ONGs, Sociedad civil. BPS.	Diseñar e implementar apoyos.

Objetivo 5

Fomentar formas de integración en los ámbitos educativos y recreativos de la comunidad en que se desenvuelve la vida de NNA (escuela, centros deportivos, espacios recreativos, entre otros).

Líneas estratégicas

- Promoción de relacionamientos libres de estereotipos de género y discriminación.
- Fomentar e implementar acciones relativas a mejorar la convivencia escolar.
- Contribuir a la finalización de los ciclos educativos en el sistema educativo.
- Desarrollar estrategias que permitan continuidad educativa en el tránsito hacia el mundo laboral.
- Promover y difundir nuevos modelos de convivencia y relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, promueva y difunda modelos sanos de crianza y protección de los niños, con estrategias de apoyo a las madres jefas de hogar, solteras y/o adolescentes y adultas, con estrategias de comunicación de probada efectividad.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Continuar con el desarrollo y fortalecimiento de programas de convivencia y prevención del hostigamiento escolar en centros educativos.	CEIP, CES, INJU. Asociación de colegios privados, MEC.	Programas de convivencia desarrollados.
Desarrollar campañas de difusión de pautas y recomendaciones para el abordaje de los vínculos familiares y su relación con el uso de las tecnologías de la comunicación.	ANEP, INAU, MEC, Instituciones académicas, Sociedades científicas Plan ceibal.	Campañas desarrolladas.

Objetivo 6

Modificar la percepción social de NNA (niñas, niños y adolescentes) con problemas de salud mental en la población general.

Líneas estratégicas

- Desarrollar acciones contra la discriminación.
- Sensibilización de la población al sufrimiento psíquico y la psicopatología de NNA.
- Evitar la estigmatización y vulneración de DDHH en estas franjas etarias.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Desplegar campañas de sensibilización para educar a la población acerca de las necesidades psicosociales de los NNA con problemas de salud mental y sus familias y/o RSA.	MIDES, MSP, INAU, INJU, Intersectorialidad, Prestadores de salud, ONGs, Sociedad civil.	2020 Diseñar e implementar campañas de difusión periódicas.
Favorecer la organización de grupos de jóvenes, educadores y la comunidad para que se conviertan en agentes activos de sensibilización y apoyo a NNA y sus familias y/o RSA.	MIDES, MSP, INAU, INJU, Sociedades científicas, Instituciones académicas, ONGs, Sociedad civil.	Conformación de grupos en territorio.
Capacitar educadores, agentes comunitarios y jóvenes promotores que trabajan con esta población.	MIDES, MSP, INAU, INJU, MEC, ANEP-CODICEN, Instituciones académicas.	Diseño e implementación de programas de capacitación.

Objetivo 7

Promover la salud mental en la población adolescente y prevenir los trastornos mentales en esta etapa del desarrollo.

Líneas estratégicas

- Generar espacios comunitarios, deportivos, recreativos y culturales adaptados a las necesidades de la población adolescente.
- Aumentar la protección de las trayectorias educativas y la adaptación de las ofertas curriculares a la realidad adolescente.
- Operativizar acuerdos intersectoriales para el trabajo en conjunto en el abordaje de la salud mental adolescente.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Promover la formación de espacios recreativos, educativos, culturales y deportivos con foco en la participación adolescente.	MEC, ISEF, ONGs, ANEP.	Creación de más espacios comunitarios.
Profundizar el desarrollo de programas interinstitucionales para abordar los principales factores que favorecen la deserción en la enseñanza media.	Intersectorialidad.	Programas desarrollados.
Desarrollar espacios de acompañamiento de los procesos de elección vocacional en los momentos de cambio de ciclo educativo.	MEC, CES, Instituciones académicas, INJU, MSP, Prestadores de salud.	Plan diseñado y ejecutado.
Realizar talleres de sensibilización y capacitación a los técnicos que trabajan con adolescentes en territorio, de los diferentes sectores.	INAU, MIDES, MEC, ANEP-CODICEN, MSP, ASSE.	Talleres realizados.
Integrar a la interinstitucionalidad en las acciones que eviten el abandono en el ámbito educativo.	MIDES, MSP, INAU, INJU, MEC, ANEP-CODICEN, Instituciones académicas.	Acuerdo interinstitucional logrado.

Objetivo 8

Promover la salud mental y prevenir los usos problemáticos de drogas, basado en la evidencia científica y en una perspectiva de gestión de riesgos y reducción de daños, orientados a los ámbitos educativo y laboral.

Líneas estratégicas

- Implementar un plan integral de promoción de salud y prevención de los UPD (usos problemáticos de drogas) dirigidos a los adolescentes y centrado fundamentalmente en un conjunto de programas de intervención articulados entre si sobre los ejes Familiar, Educativo y Sanitario.
- Implementar un plan de prevención integral de los UPD centrado en el ámbito laboral y que articule fundamentalmente un conjunto de programas de intervención basados en los ejes Laboral, Sanitario y Comunitario.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Relevar programas educativos, tanto a nivel nacional como internacional, que tengan mejor evidencia en relación a costo-eficacia.	MSP, SND, MEC, ANEP-CES.	2020 Informe con síntesis de mejores programas evaluados y con insumos posibles a ser tomados y adaptados a nuestro país.
Implementar programas de educación sobre drogas y gestión de riesgos dirigidos a adolescentes escolarizados.	MSP, SND, MEC, ANEP-CES.	2021 Todos los centros cuentan con la incorporación del tratamiento de esta temática en su currícula educativa.
Implementar programas de asesoramiento y apoyo permanente para familias con hijos adolescentes escolarizados en relación a uso problemático de drogas.	MSP, SND, MEC, ANEP-CES.	Todos los centros cuentan con un programa instalado en relación al asesoramiento a familias.
Relevar que programas y acciones de prevención de los UPD en el ámbito laboral se están desarrollando en nuestro	MSP, SND, MT, PITCNT, Instituciones académicas, Sociedad Civil.	2020 Informe con detalle de programas en ejecución.

medio.		
Relevar cuales son los programas de prevención de los usos de sustancias en el ámbito laboral que tienen mejor evidencia a nivel internacional de costo-eficacia.	MSP, SND, MT, PITCNT, Instituciones académicas, Sociedad civil.	2020 Informe con detalle de programas más costo-efectivos.
Diseño e implementación de un plan integral y consensado por los diversos actores para la prevención y abordaje de los usos problemáticos de drogas en el ámbito laboral.	MSP, SND, MT, PITCNT, Instituciones académicas, Sociedad civil.	Plan integral acordado.

8.4 Atención

Esta sección incluye el abordaje de problemáticas de salud mental prevalentes y de personas con trastorno mental severo a lo largo de la vida. El abordaje debe considerar la especificidad que requieren algunas poblaciones vulnerables en particular, tales como las personas en situación de violencia, personas con discapacidad, personas mayores, personas privadas de libertad (PPL) así como poder ser espacios de atención inclusivos de la diversidad sexual.

El abordaje desde el modelo comunitario que se propone debe ser interdisciplinario e intersectorial ajustado a las necesidades de las personas y al ciclo vital.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, con un enfoque de sistema de red única, de complejidad creciente, con puerta de entrada en el equipo básico de salud, en el primer nivel de atención, con una coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando esto sea necesario con mecanismos explícitos y claros de articulación entre los distintos dispositivos, niveles de atención y sectores, garantizando la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales (Ley 19.529)

Se pretende un “Proceso Asistencial Integrado” entendido como el conjunto de actividades que realizan los servicios de atención sanitaria, cuya finalidad es incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los

servicios (Junta de Andalucía, 2011). La gestión integral de procesos considera a la persona usuaria como centro del sistema, fomenta la implicación de los técnicos, pone énfasis en la continuidad de la atención, la mejora de la práctica clínica y en el proceso asistencial en sí mismo.

Se propone diseñar con la persona, un plan de tratamiento individualizado (PTI), que deber ser realizado en forma interdisciplinaria, de acuerdo a la situación clínica, detallando los pasos esenciales del abordaje de manera comprensible para todos los involucrados. El PTI debe garantizar la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

Objetivo 1

Implementar un sistema de atención basado en el modelo comunitario para personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos.

Líneas estratégicas

- Fortalecer la Red de servicios de salud mental insertada en el SNIS.
- Reforzar la integración de la red de servicios de SM con sectores del Estado y de la sociedad civil, contemplando particularidades territoriales y garantizando la plena accesibilidad, continuidad y calidad de la atención.
- Fortalecer la capacidad resolutoria respecto a los problemas de salud mental en los equipos básicos de salud.
- Revisar y actualizar la oferta de las prestaciones vigentes para adaptarlas al nuevo modelo de atención.
- Asegurar que la planificación y programación entre los distintos niveles de atención y dispositivos de la red se lleve a cabo.
- Asegurar la accesibilidad a los diferentes dispositivos de la red con criterios poblacionales, territoriales y epidemiológicos.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Completar el relevamiento nacional de los dispositivos que prestan servicios de salud mental y atención a personas con UPD.	MSP, SND, ANEP, MIDES, INAU, Prestadores de salud.	2020 Informe detallado a nivel nacional de los dispositivos que prestan servicios en salud mental y atención a personas con UPD.
Analizar las prestaciones vigentes en el PIAS y readecuarlas para adaptarlas al nuevo modelo de atención.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Sociedad civil, Prestadores de salud.	2020 Informe de las prestaciones vigentes. Plan de readecuación de prestaciones redactado.
Implementar las prestaciones de salud mental reajustadas de acuerdo al plan.	MSP, JUNASA, Prestadores de salud.	2021 Readecuación de las prestaciones implementadas en el SNIS.
Crear y/o reestructurar servicios existentes para la conformación de la red a nivel de territorio de acuerdo a la Ordenanza de dispositivos aprobada y al plan de trabajo territorial.	MSP, Prestadores de salud, Intendencias, Sociedad civil, Org. públicos con representación en los departamentos, SND.	2020 Puesta en funcionamiento de: <u>Unidades en territorio</u> 1-Equipo básico de primer nivel integrando al Psicólogo en su rol específico definido. 2-Equipo especializado de Salud Mental con tiempo de espera máximo un mes con agenda prioritaria para poblaciones específicas. <u>Unidades de hospitalización</u> 1-Área acondicionada dentro de las unidades de emergencia.

		2-Unidad de hospitalización de Corta Estadía. 2021 Reforzar el primer nivel de atención a partir de la reestructuración del Modo 1 del plan prestaciones (Decreto 305/011)
Elaborar las normas sobre los requisitos mínimos de infraestructura y capital humano en los dispositivos de la red de atención de salud mental.	MSP, SND, Instituciones académicas, Soc. científicas, Prestadores de salud, Sociedad civil.	2020 Normas elaboradas y aprobadas para los dispositivos que comienzan a funcionar en 2021
Desarrollar las pautas y protocolos de los procesos de atención y funcionamiento de los dispositivos de la red, en base a estándares de calidad.	MSP, SND, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Prestadores de salud, Sociedad civil.	2020 Pautas y protocolos elaborados y aprobados para los dispositivos que comienzan en 2021 2021-2027 Control y monitoreo de implementación de dichas pautas y protocolos.
Desarrollar herramientas para monitorear la eficiencia de la coordinación entre los distintos niveles de atención y dispositivos de la red.	MSP, SND, Prestadores de salud, DDS.	Herramientas creadas que aseguren la viabilidad de la red.

Objetivo 2

Lograr equidad en la atención en salud mental para todas las personas usuarias del SNIS desde una perspectiva de derechos.

Líneas estratégicas

- Identificar y fortalecer las capacidades de los prestadores integrales de salud en territorio con criterio de equidad.
- Fortalecer la complementación progresiva entre servicios.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Realizar un diagnóstico de situación para identificar posibilidades de complementación entre servicios que generen una mejora de la accesibilidad a nivel local.	MSP, Prestadores de salud, Intendencias, Sociedad civil, Organismos públicos con representación en los departamentos, SND.	2020 Informe de posibilidades de complementación entre servicios.
Crear convenios de complementación entre servicios para satisfacer necesidades locales.	MSP, JUNASA, Prestadores de salud.	2020 Documentos de convenios de complementación.
Diseñar e implementar estrategias presenciales y a distancia que permitan ampliar la cobertura asistencial en zonas con dificultades de accesibilidad o falta de recursos especializados.	MSP, Instituciones académicas, AGESIC, Sociedades científicas, Prestadores de salud.	2020 Documento con estrategias a desarrollar. 2021 Comienzo de implementación.

Objetivo 3

Desactivación progresiva de servicios basados en un modelo asilar y monovalente.

Líneas estratégicas

- Generar información sobre las características de las personas en situación de institucionalización.
- Instalar un ámbito de trabajo intersectorial e interinstitucional con participación de personas usuarias y familiares para la desactivación progresiva de las estructuras asilares y monovalentes y el desarrollo de los nuevos dispositivos de la red que permitan la reinserción e inclusión social y comunitaria de las personas con trastornos mentales severos.
- Construir un servicio de apoyo integral para el logro de la autonomía progresiva.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Implementar el decreto reglamentario del artículo 11 de la Ley 19.592 de interinstitucionalidad.	Consejo Nacional de Políticas Sociales.	2020 Puesta en funcionamiento de las dos comisiones.
Continuar el relevamiento del perfil de las personas institucionalizadas y sus necesidades asistenciales.	MSP, Prestadores de salud, SIRPA, INR.	2020 Informe con detalle de perfiles y características de dispositivos y de personas institucionalizadas.
Diseñar e implementar un marco jurídico para la autonomía progresiva de personas con trastornos mentales severos.	MSP, Poder Judicial, Inst. de DDHH, Comisión de contralor, ASSE.	2020 1° etapa - Instrumento jurídico, social, económico-administrativo terminado.
Elaborar una normativa para la reestructuración y/o creación de dispositivos sanitarios.	MSP.	2020 Redacción y aprobación de normativa para el desarrollo y funcionamiento de dispositivos (Ordenanza 1488/2019).
Elaborar una normativa para la reestructuración y/o creación de dispositivos socio-sanitarios y sociales de atención e inclusión social, laboral, educativa, de vivienda.	Intersectorialidad.	2020 Normativa elaborada.
Elaboración y presentación al Programa de Salud mental del MSP por parte de las instituciones públicas y privadas monovalentes o asilares de su plan de reorientación de acuerdo a los principios del PNSM.	MSP, Intersectorialidad, Instituciones públicas y privadas que atienden a personas institucionalizadas.	2020 Plan convenido entre MSP y la institución de salud específica.

Ejecución progresiva de plan de reestructura convenido con las instituciones.	MSP, Prestadores de salud.	Disminución progresiva del número de camas destinadas a la hospitalización en instituciones monovalentes. Puesta en funcionamiento progresiva de: -Casa de Medio Camino. -Residencias asistidas. -Hogares protegidos. -Viviendas supervisadas.
Desarrollar un programa de apoyo domiciliario con asistentes personales que promuevan la autonomía a personas con trastornos mentales severos.	MSP, MIDES, Prestadores de salud.	Asistentes personales trabajando en apoyo domiciliario.

Objetivo 4

Mejorar la calidad de la atención en salud mental con enfoque de derechos humanos.

Líneas estratégicas

- Desarrollar una oferta asistencial de calidad centrada en la persona de acuerdo a sus necesidades asistenciales, características culturales y proyecto de vida.
- Asegurar la accesibilidad y continuidad del proceso asistencial como medida de calidad en la atención.
- Consensuar y aplicar estándares de calidad basados en la evidencia científica.
- Lograr la participación activa del usuario, integrando sus opiniones en los procesos de la toma de decisiones en salud.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Elaboración de pautas y protocolos de buenas prácticas de atención en base a estándares de calidad.	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, ONGs, SND, Prestadores de salud.	2021 Documentos de consenso que incluyan diseño de rutas de asistencia.
Generar e implementar pautas consensuadas para Procesos Asistenciales Integrados (PAI) incluyendo definiciones de Plan de tratamiento individualizado (PTI).	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, ONGs, SND, Prestadores de salud.	2020 Documento de consenso elaborado.
Implementar el PAI y PTI para todos los usuarios incluyendo el consentimiento informado en la historia clínica.	Prestadores de salud.	2021 Instituciones implementando PAI, PTI y consentimiento informado.
Diseñar programas de acreditación y acreditar los procesos de atención en dispositivos de la red socio-sanitaria con criterios de calidad.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Sociedad civil, SND, Prestadores de salud.	Programas ejecutados para toda la red de atención. Acreditación progresiva.
Implementar la auditoría de historias clínicas en los servicios de salud para evaluar el proceso asistencial de personas que se suicidaron y con múltiples IAE.	MSP, Prestadores de salud, Expertos convocados.	2020 Diseñado el sistema de auditoría. 2021 Sistema puesto en marcha en todo el país.
Implementar sistemas de comunicación e información efectivos e integrados para asegurar la referencia y contrareferencia y la continuidad del proceso asistencial.	MSP, Interinstitucionalidad, Prestadores de salud.	Sistemas de comunicación e información implementados.

Objetivo 5

Garantizar la atención de calidad al inicio de la vida y durante los primeros años.

Líneas estratégicas

- Potenciar la atención en salud mental en los servicios de cuidado perinatal.
- Promover la salud mental para el desarrollo social, emocional y cognitivo en lactantes y primera infancia (0-5 años) con la debida corresponsabilidad entre varones y mujeres en los primeros años de vida de sus hijos.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Diseñar e implementar protocolos donde se incorpore la dimensión de la salud mental en el acompañamiento de embarazo, parto y puerperio.	MSP, Sociedades científicas, Instituciones académicas, Prestadores de salud, ONGs, Sociedad civil.	Protocolos diseñados e implementados.
Creación de unidades de atención del desarrollo (UAD).	MSP, MIDES, MEC, UCC, INAU, INE, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Prestadores de salud, Sociedad civil.	Desarrollo e implementación de UAD.

Objetivo 6

Realizar detección precoz e intervención oportuna de los problemas en salud mental en NNA.

Líneas estratégicas

- Consolidar la atención primaria como el eje central de intervención en estas edades, favoreciendo una comprensión y abordaje adecuado de la salud mental de NNA.
- Mejorar la capacidad de respuesta y adaptación de los servicios a las características de la población de NNA.
- Fortalecer la atención de NNA con dificultades en sus procesos educativos.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Relevamiento de los tiempos de espera y otras dificultades referentes al acceso a las consultas con equipo especializado de NNA en instituciones públicas y privadas.	MSP, Prestadores de salud.	2020 Informe del relevamiento realizado y propuestas de readecuación a esta acción.
Crear y/o reestructurar servicios existentes a nivel hospitalario de acuerdo a la Ordenanza de dispositivos aprobada y al plan de trabajo territorial.	MSP, Prestadores de salud.	Puesta en funcionamiento de: 2020 -Servicio de emergencia para la salud mental de niños/as y adolescentes en hospital pediátrico u hospitales generales. -Unidad de Corta Estadía. -Hospital de Día.
Adecuar las plazas disponibles en los servicios pediátricos y/o materno-infantiles polivalentes en la hospitalización de NNA con problemas de salud mental.	MSP, Prestadores de salud.	Plazas adecuadas a la demanda.

Elaborar e implementar protocolos interdisciplinarios de abordaje de las Dificultades de aprendizaje (DA).	MSP, BPS, ANEP, CEIP, MIDES, Prestadores de salud.	Protocolos implementados.
Diseñar e implementar rutas de atención para la transición de servicios de salud mental de NNA a los servicios de atención a personas adultas.	MSP, Prestadores de salud.	Estrategia implementada.

Objetivo 7

Mejorar la atención específica para las víctimas de maltrato y abuso sexual infantil y otras formas de violencia contra NNA.

Líneas estratégicas

- Incorporar esta problemática en la atención, por el impacto en la salud y en el desarrollo.
- Desarrollar estrategias de largo plazo tendientes a procurar el cese de la situación de violencia, reparar el daño y prevenir nuevos perjuicios.
- Garantizar la continuidad en la atención integral a través del seguimiento.
- Evaluar y asegurar la atención de otras posibles víctimas en el entorno familiar o escolar.
- Fortalecer la estrategia interinstitucional en la que participan instituciones nacionales, departamentales y de la sociedad civil para el desarrollo de una, política de abordaje de la explotación sexual comercial y no comercial.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Contribuir a la elaboración e implementación de plan para abordar la violencia basada en género y generaciones.	MSP	Plan elaborado con la aprobación de las áreas programáticas involucradas (niñez, adolescencia, salud)

		mental, vbgg).
Fortalecer los servicios y programas orientados a brindar asistencia directa a las personas víctimas de trata y de explotación sexual tanto en los prestadores públicos como privados.	MSP, Instituciones académicas, SIPIAV	Guía de recomendaciones para el abordaje en la reparación del daño.
Fortalecer mecanismos de articulación intersectorial e interdisciplinaria en todas las etapas del abordaje.	MSP	Protocolos institucionales implementados en todos los prestadores del SNIS. ²

Objetivo 8

Mejorar la atención para personas con riesgo de suicidio y sus familiares.

Líneas estratégicas

- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental para personas con riesgo de suicidio y sus familias.
- Mejorar la calidad de la atención a personas con riesgo suicida y sobrevivientes.
- Garantizar la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento a personas con riesgo suicida y sobrevivientes
- Mejorar la detección precoz y el tratamiento de la depresión en personas mayores.
- Desarrollar e implementar programas de prevención y atención específicos para personas con alto grado de vulnerabilidad.

² Instructivo meta 1 <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/meta-1-nino-nina-y-mujer>

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Ampliar la cobertura a prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales del Decreto 305/2011 para adultos con diagnóstico de depresión, UP de alcohol y drogas, enfermedades crónicas dolorosas, discapacitantes y/o terminales, familiares, sobrevivientes. Adultos con violencia intrafamiliar.	MSP.	<p>2020</p> <p>Informe económico realizado. Plan para incorporar nuevas prestaciones redactado.</p> <p>2021</p> <p>Prestaciones incluidas en el PIAS.</p>
Elaborar e implementar guías de tratamientos basados en la mejor evidencia científica disponible para asegurar la calidad de la atención en el abordaje del riesgo suicida.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas.	Guías elaboradas, Guías implementadas en los prestadores de salud.
Reducir el copago para mejorar el acceso al tratamiento por IAE en psicoterapia, consulta con psiquiatría y medicación por un período de 6 meses.	MSP-Economía de la Salud, MEF.	<p>2020</p> <p>Reducción del copago.</p>
Establecer las rutas de acción locales, departamentales y regionales de referencia y contra-referencia para personas con riesgo de suicidio.	CNHPS, GDPS, MIDES, MEC.	<p>2020</p> <p>Completar rutas de acción definidas y disponibles para todos los sectores en todos los Departamentos.</p>
Campañas y actividades de difusión de la línea VIDA.	CNHPS, ASSE, MMCC, Instituciones académicas, Sector trabajo.	Ejecución de actividades de difusión programadas.

Modificar la ordenanza N°384/2017 incluyendo personas con riesgo suicida en la agenda prioritaria del protocolo de seguimiento de IAE.	MSP, Prestadores de salud.	2020 Ordenanza N°384/2017 modificada.
Definición e implementación de pautas para el abordaje farmacológico y no farmacológico de la depresión en personas mayores.	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, Prestadores de salud.	Pautas elaboradas e implementadas

Objetivo 9

Mejorar el abordaje en salud mental de las personas que viven con demencia y sus familiares.

Líneas estratégicas

- Sensibilizar al personal de salud en la detección y tratamiento precoz de los factores de riesgo de demencia (factores de riesgo vascular).
- Lograr un diagnóstico oportuno que permita un tratamiento en etapas iniciales.
- Incluir tratamientos no farmacológicos coordinados con la red socio-sanitaria.
- Incluir estrategias de abordaje y tratamiento de la comorbilidad asociada.
- Prevención de accidentes y caídas vinculadas al deterioro y a los fármacos empleados en el tratamiento.
- Prevención e intervención frente al abuso y maltrato hacia las personas con demencia.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Definir herramientas para la detección del deterioro cognitivo en el primer nivel de salud y su oportuna derivación a la consulta especializada.	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, Prestadores de salud.	Documento con herramientas consensuadas para uso en el SNIS.

Definir pautas y protocolos de tratamientos para el abordaje farmacológicos y no farmacológicos en SM para personas mayores (con trastornos cognitivos, u otras afecciones) basadas en evidencia científica.	MSP, MIDES, SNIC, Instituciones académicas.	Pautas definidas e implementadas que permitan mejorar la calidad de atención en SM a las personas mayores.
--	---	--

Objetivo 10

Diseñar e implementar una política para la identificación oportuna e intervenciones breves (IBs) sobre los consumos de riesgo y/o problemáticos de drogas desde el primer nivel de atención en salud del SNIS.

Líneas estratégicas

- Estudiar la inclusión en el pago por las metas asistenciales de las IBs para drogas para todo el SNIS.
- Desarrollo de un plan con actividades formativas de sensibilización y capacitación de los profesionales de atención primaria para la identificación temprana e IBs de personas con consumos de riesgo y/o problemáticos de drogas.
- Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre el Primer Nivel de Atención, las redes de Salud Mental y de abordaje de las personas con UPD.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Diseñar indicadores para diseñar un eventual pago de una meta asistencial para el abordaje oportuno y desarrollo de IBs desde el primer nivel de atención para personas que consumen drogas.	MSP, JUNASA.	Propuesta de Meta asistencial acordada sobre IBs en el primer nivel.

Desarrollar protocolo de intervención con requisitos mínimos para el abordaje del tema en el Primer Nivel de Atención.	MSP, SND, RENADRO.	2020 Protocolo diseñado y acordado con los diferentes actores del SNIS.
Diseño de un sistema de monitoreo del impacto de las capacitaciones en el desarrollo de IBs a nivel prestacional.	MSP-APSM, SND, RENADRO.	Instrumento diseñado para evaluar cobertura y calidad de las capacitaciones en IBs. Instrumento de seguimiento de la implementación de IBs en el primer nivel de Atención.
Creación de espacios técnicos de articulación y coordinación local entre los referentes del Primer Nivel de Atención, Salud Mental y los servicios de atención a UPD.	MSP, SND, Juntas departamentales de Drogas.	2020 Todos los departamentos cuentan con comisiones locales de coordinación.

Objetivo 11

Diseñar e implementar dispositivos de atención integral para el tratamiento y rehabilitación de personas con usos problemáticos de alcohol y para familiares y/o RSA.

Líneas estratégicas

- Inclusión del abordaje del tratamiento de personas con UP de alcohol en las prestaciones del SNIS.
- Incluir en las prestaciones de salud mental del PIAS, el abordaje integral de los usos problemáticos de alcohol.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Relevar integralmente las características de las prestaciones desarrolladas para personas con UP de drogas que se brindan en el marco del PIAS.	MSP.	2020 Generar una línea de base sobre el estado de las prestaciones en todo el sistema.
Definir e implementar protocolos para el abordaje específico de las personas con UP de alcohol.	MSP, RENADRO.	2020 Protocolos específicos definidos (mínimos exigibles) para el tratamiento para personas con UP de alcohol. 2021 Implementación de protocolos.
Inclusión específica del abordaje integral de personas con UP de alcohol, en las prestaciones de Drogas del PIAS.	MSP, JUNASA.	Inclusión del abordaje en forma progresiva en todos los prestadores.
Desarrollar un estudio de costos sobre la inclusión de los tratamientos de los UP de alcohol en la población a ser atendida.	MSP.	Informe de costos.
Inclusión del abordaje de los UP de alcohol en las prestaciones en salud mental del decreto 305/011.	MSP, JUNASA.	Nuevo PIAS aprobado. Todos los prestadores cuentan con intervenciones especializadas para alcohol.

Objetivo 12

Diseñar e implementar dispositivos de atención integral para el tratamiento y rehabilitación para personas con UP de cannabis y para familiares y/o RSA.

Líneas estratégicas

- Inclusión de tratamiento de personas con UP de cannabis en las prestaciones de tratamiento en el marco del SNIS.
- Incluir en las prestaciones de salud mental del PIAS, el abordaje integral de los usos problemáticos de cannabis.
- Fortalecer la rectoría del MSP en el sistema de atención y tratamiento sobre las personas con usos problemáticos (UP) de cannabis.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Relevar integralmente las características de las prestaciones para personas con UP de cannabis que se brindan en servicios de salud.	MSP.	2020 Generar una línea de base sobre el estado de las prestaciones en todo el sistema.
Definir e implementar protocolos para el abordaje específico de las personas con UP de cannabis.	MSP, SND, RENADRO.	2020 Protocolos específicos definidos (mínimos exigibles) para el tratamiento para personas con UP de cannabis. 2021 Implementación de protocolos.
Inclusión específica del abordaje integral para personas con UP de cannabis, en las prestaciones para atención a usuarios de drogas del PIAS.	MSP, JUNASA.	Nuevo PIAS aprobado. Todos los prestadores cuentan con intervenciones especializadas para cannabis.
Desarrollar un estudio de costos sobre la inclusión de los tratamientos de los UP de cannabis.	MSP.	Informe de costos.

Definir un sistema de información en el marco del monitoreo del funcionamiento de la Historia Clínica Electrónica Nacional y las dependencias de habilitación y fiscalización.	MSP.	Equipos del MSP.
--	------	------------------

Objetivo 13

Implementar una atención adecuada en salud que incluya la SM y atención a personas con UPD en población privada de libertad considerando las diferentes etapas de vida.

Líneas estratégicas

- Desplegar una Red de servicios de salud, que incluya Salud mental y atención a personas con UPD dentro de del ámbito de privación de libertad.
- Articulación de la red con sectores del Estado y de la sociedad, contemplando particularidades y garantizando la plena accesibilidad, continuidad y calidad de la atención.
- Fortalecer la capacidad resolutive de los problemas de salud mental y UPD en los equipos básicos de salud dentro de los ámbitos de privación de libertad.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Completar el relevamiento nacional de los dispositivos que prestan servicios en salud mental y UPD para personas privadas de libertad (PPL).	MSP, SND, ASSE, INR-INISA.	2020 Informe detallado a nivel nacional de los dispositivos que prestan servicios en salud mental y para personas con UPD.

Completar el relevamiento nacional del capital humano que presta servicios en salud mental y para personas con UPD en las instituciones de reclusión.	MSP, DDS, SND, INR-INISA.	2020 Informe de la situación de los RRHH.
Desarrollo de pautas y protocolos específicos para procesos de atención y funcionamiento de dispositivos de la red de atención en salud mental y UPD para población privada de libertad.	MSP, SND, Instituciones académicas, Sociedades científicas, INR-INISA, MIDES, Prestadores de salud privados.	2021 Pautas y protocolos acordados.
Generar criterios para la equidad en la oferta entre los centros de atención del área metropolitana y resto del país para PPL en temas de salud mental.	MSP, SND, ASSE, INR-INISA.	Documento de pautas de consenso.
Diseñar e implementar estrategias de trabajo con los familiares de PPL.	MSP, SND, ASSE, INR-INISA.	Estrategia diseñada e implementada.
Disponer de una estrategia para el egreso que asegure conexión con el sistema de salud fomentando la continuidad del proceso asistencial.	MSP, SND, ASSE, INR-INISA, MVOTMA.	2020 Pauta de seguimiento elaborada y en funcionamiento.

8.5 Gestión humana y capacitación

El personal de salud constituye uno de los pilares del sistema para garantizar una atención adecuada y de calidad. La formación y educación continua de los trabajadores de la salud debe ir alineada con cambios de paradigmas y de modelo de atención. La planificación y gestión de la formación y la capacitación del personal de la salud, requiere un análisis de la oferta y demanda en términos de cantidades, pero también actualizar los cambios de contenidos, de forma de generar un personal con

competencias adecuadas para ofrecer una atención de calidad y satisfacer las necesidades integrales de las personas.

Objetivo 1

Fortalecer las capacidades de los equipos básicos de salud en promoción y prevención de la salud mental, así como aumentar su capacidad de resolución de los problemas de salud mental prevalentes.

Líneas estratégicas

- Elaborar un plan de educación permanente, de implementación progresiva para la capacitación de los equipos básicos de salud de todo el país.
- Mejorar la oferta y el acceso a las capacitaciones de personal que se desempeña en áreas alejadas de la capital del país.
- Incluir en la red de servicios de salud mental, la formación específica en el abordaje de los trastornos cognitivos y las demencias.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Definir un plan de capacitación interdisciplinario en SM para los equipos básicos del primer nivel de atención, que incluya las especificidades en función de las diferentes poblaciones.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas.	2020 Documento con Plan de capacitación definido.
Elaborar y ejecutar un plan de implementación progresiva de la capacitación definida.	MSP, Prestadores de salud.	Ejecución de la capacitación de acuerdo al Cronograma de implementación.
Implementar estrategias de capacitación a distancia, haciendo uso de la tecnología disponible a nivel nacional.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, otros organismos formadores.	Cursos a distancia con el uso de plataformas accesibles.

Generar convenios con instituciones formadoras de diferentes regiones del país.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, otros organismos formadores.	2021 Convenios público-privados para la capacitación de los equipos básicos.
Capacitar en la detección y el abordaje de las problemáticas de SM de las personas mayores (trastornos cognitivos, depresión, ansiedad) desde una perspectiva de DDHH.	MSP, MIDES, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Prestadores de salud.	Aumentar progresivamente la cantidad de personas mayores a las que se diagnostica tempranamente un problema de salud mental y se realiza un abordaje interdisciplinario.
Capacitar al personal técnico y de servicio de los residenciales y hogares de personas mayores en el abordaje de las problemáticas de SM desde una perspectiva de DDHH.	MSP, MIDES, Instituciones académicas, Asociación de Residenciales.	Personal técnico y de servicio capacitado.

Objetivo 2

Contar con equipos de atención especializados dotados en número y formación según las necesidades del territorio para la implementación del PNSM.

Líneas estratégicas

- Realizar un análisis de la oferta y la demanda de recursos humanos (RRHH) que se desempeñan en el área de salud mental, desde el nivel rector al nivel operativo.
- Establecer una estrategia de gestión de RRHH que disminuya las brechas existentes a nivel territorial y por subsistema de salud.
- Promover la formación de profesionales y técnicos del área de la salud y social que permita aumentar la cobertura de las disciplinas con mayor carencia de formación.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Determinar las necesidades de capital humano a nivel nacional para implementar el PNSM, incluyendo desde las actividades de rectoría, hasta las operativas.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas.	2020 Informe detallado de las necesidades de RRHH en el área de salud y social por disciplina a nivel país que se requieren para la implementación del plan.
Definir los RRHH imprescindibles para el funcionamiento de cada uno de los dispositivos de la Red, que incluya el abordaje de los diferentes grupos de edad.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas.	2020 Documento con requerimientos mínimos de los dispositivos de salud mental, alineado con los procesos definidos.
Definir los perfiles y competencias de los diferentes integrantes de la red de dispositivos de salud mental.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas.	2020 Documento con los perfiles y funciones de los diferentes integrantes de los dispositivos de salud mental.
Realizar un relevamiento nacional con perspectiva territorial que identifique el personal relacionado a la promoción, prevención y atención de salud mental y UPD.	MSP, Prestadores de salud, Intendencias.	2020 Informe del diagnóstico de situación de los RRHH existentes y que se encuentran en actividad.
Diseñar una estrategia de gestión actualizada del personal que se desempeña en el área de salud mental tendiendo a mejorar la oferta y calidad de los de servicios.	MSP, Prestadores de salud, Intendencias.	Plan de gestión, reorganización y distribución de RRHH en salud mental considerando las necesidades del territorio.
Implementar estrategias de complementación entre los subsistemas de salud para disminuir las brechas en el territorio.	MSP, Prestadores de salud, Intendencias.	Convenios de complementación de servicios público-privado.

Generar estímulos para la radicación de personal en zonas de menor cobertura en salud mental.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, Prestadores de salud.	Aumento de RRHH radicados en zonas de menos recursos.
Identificar las brechas de personal en las diferentes disciplinas y Planificar estrategias a mediano y largo plazo para mejorar la cantidad de egresados en las disciplinas en las que se identificaron escasez de RRHH.	MSP, Prestadores de salud, Intendencias, Instituciones académicas, Sociedades científicas.	Informe sobre las brechas de RRHH por disciplina y por territorio. Plan de intervención para la ampliación de egresados en las disciplinas faltantes.

Objetivo 3

Reperfilar el personal de la salud especializado en salud mental en el nuevo paradigma para el abordaje de los problemas prevalentes y severos.

Líneas estratégicas

- Elaborar un plan de educación continua que incluya los cambios de modelo asistencial y que prepare al personal que se desempeña en el área de salud mental para afrontar nuevas y diferentes funciones.
- Mejorar la accesibilidad del personal que cumple funciones en sitios alejados de la capital a las capacitaciones y actualizaciones en salud mental.
- Promover la creación de nuevos programas especializados para la formación de diferentes disciplinas con un enfoque multidisciplinario, comunitario e integral.
- Promover la sensibilización y formación en diversidad sexual del personal de salud mental.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Definir los contenidos de la capacitación para el capital humano que se encuentra trabajando en el sistema de salud.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, otros organismos formadores.	2020 Programa de capacitación y reperfilamiento.
Implementar un programa de capacitación progresivo de acuerdo a un cronograma para el personal existente.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas,	2021 Implementación de programa de capacitación.
Diseñar e implementar un plan de capacitación de funcionarios que trabajan en los centros para PPL.	MSP, SND, ASSE, INR-INISA.	Programa de capacitación diseñado.

Objetivo 4

Dotar de las herramientas necesarias para un abordaje oportuno y eficaz a los equipos de los diferentes sectores involucrados en el abordaje de la salud mental.

Líneas estratégicas

- Sensibilizar y capacitar a los actores interinstitucionales en el abordaje intersectorial de la salud mental.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Diseño e implementación en forma conjunta un plan de capacitación para los actores involucrados en el abordaje intersectorial de la salud mental.	Intersectorialidad.	2020 Plan diseñado. 2021 Implementación gradual de capacitación.

Objetivo 5

Incorporar en la formación universitaria los contenidos de la Ley N°19.529, el Plan de salud mental y del modelo de atención comunitaria.

Líneas estratégicas

- Revisar y actualizar las currículas de pregrado y postgrado para adaptar sus contenidos al nuevo plan de salud mental
- Sensibilizar y actualizar a los formadores para la inclusión de los nuevos contenidos en los programas.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Analizar los contenidos de las currículas de pregrado y postgrado e identificar las necesidades de modificación.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, otros organismos formadores, ANEP.	2020 Informe acerca de estado de situación de las currículas.
Elaborar e implementar una propuesta de modificación de las currículas de pregrado y postgrado por disciplina de acuerdo al análisis realizado.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, otros organismos formadores, ANEP.	2021 Propuesta presentada a las autoridades educativas.
Realizar un relevamiento de la oferta de formación de post grado, especialización, maestría y doctorado existentes en el país e identificar áreas no cubiertas.	MSP, Instituciones académicas, Sociedades científicas, otros organismos formadores, ANEP.	Relevamiento realizado.

9. Sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación

Contar con información oportuna y de calidad influye de manera sustancial en la definición de las políticas públicas. Los sistemas de información pueden ser entendidos como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, permitiendo que el flujo de datos se transforme en un insumo útil para el desarrollo de servicios y la toma de decisiones.

Es necesario 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. Por otro lado, en el escenario de implementación del plan de salud mental se requiere de un monitoreo permanente que permita dar cuenta de los avances en la ejecución de las acciones planificadas e identificar las principales barreras en forma oportuna para promover modificaciones que permitan alcanzar los objetivos deseados. La implementación del plan tiene un fuerte componente de creación y modificación de servicios con el fin de conformar una red efectiva a nivel comunitario que dé respuesta a las necesidades de la población, no obstante, estos servicios deben ser accesibles y brindarse con calidad y humanidad, enfatizando la dignidad de las personas. Por este motivo se plantea el monitoreo de los avances en términos de cantidad de servicios, incorporación de nuevos dispositivos de atención, pero también en la mejora continua de la calidad de atención y satisfacción de usuarios y familiares.

Esta línea de acción comprende cuatro grandes puntos:

1. Crear y mejorar los sistemas de registro rutinario promoviendo la integración de los mismos para contar con información actualizada y de calidad de la situación de la salud mental del país para la planificación y evaluación de las políticas en salud mental.
2. Implementar estrategias de monitoreo y evaluación de la respuesta del sistema y de la mejora continua de la calidad.
3. Alinear la investigación científica a las políticas públicas.
4. Monitorear y evaluar la implementación del plan.

Objetivo 1

Contar con datos rutinarios de la situación de salud y de la respuesta del sistema actualizados y de calidad para generar información útil para la planificación de políticas públicas.

Líneas estratégicas

- Analizar la demanda y oferta de información para identificar las necesidades de creación de nuevos sistemas o la adaptación de los existentes
- Elaborar una estrategia de mejora de la información que se genera de manera rutinaria y la creación de nuevos sistemas si se consideran necesarios
- Construir un sistema de indicadores básicos para el monitoreo y la evaluación de la atención que incluya datos de estructura, proceso y resultados.
- Implementar un mecanismo de recolección y análisis de los datos

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Definir los datos básicos de recolección rutinaria monitorear la situación de la salud mental en el país y la respuesta del sistema	MSP, Instituciones académicas.	2020 Informe con el conjunto de datos básicos necesarios para contar con información actualizada y de calidad.
Consensuar un conjunto de indicadores que permitan medir en forma sistemática la situación de la salud mental en el país y monitorear la respuesta del sistema.	MSP, Instituciones académicas.	2020 Conjunto de indicadores trazadores de monitoreo sistemático.
Relevar las fuentes de información disponibles a nivel nacional de los organismos que están involucrados en la implementación de las políticas de salud mental.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud, MIDES, otras instituciones que registran datos.	Informe con las fuentes de datos disponibles, calidad y período de los mismos.
Elaborar e implementar acciones de mejora y adecuación de los sistemas existentes.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud, otras instituciones que registran datos.	Documentos de consenso de definiciones unificadas, metodología de recolección, y control de la calidad del dato. Sistemas de información adaptados.

Definición de un sistema de evaluación de la calidad de los dispositivos de la red de atención.	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, SND, Prestadores de salud.	2021 Documento de consenso.
Definir instrumentos para valorar el nivel de satisfacción de los usuarios y familiares con la atención recibida en los servicios.	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, SND, Prestadores de salud.	Documento de consenso.
Definir e implementar un sistema de evaluación de los procesos y resultados de las intervenciones en salud mental y en personas con UPD.	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, SND, Prestadores de salud.	Puesta en marcha de un programa de evaluación consensuado.
Análisis, procesamiento y difusión de la información.	Instituciones académicas, Sociedades científicas, MSP, Prestadores de salud.	Puesta en marcha de un programa de evaluación consensuado.
Definir un conjunto de datos mínimos de salud mental obligatorios para registrar en la historia clínica.	MSP, AGESIC, Prestadores de salud, Instituciones académicas.	2021 Puesta en marcha de un registro mínimo de datos en la historia clínica.
Elaborar una propuesta de conformación y funcionamiento de un observatorio de salud mental que reúna y analice todos los datos referentes a la salud mental, a la respuesta del sistema y a la implementación del plan.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud, otras instituciones que registran datos.	Normativa para la generación del observatorio. Recursos asignados Documento de funcionamiento del observatorio.

Objetivo 2

Monitorear y evaluar las políticas implementadas a través de sistemas de recolección de datos no rutinarios.

Líneas estratégicas

- Planificar e implementar encuestas de base poblacional para el relevamiento de información que no se obtiene de los sistemas rutinarios.
- Diseñar e implementar un sistema de monitoreo y evaluación de los resultados e impacto de las políticas implementadas

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Analizar la necesidad de datos que no se obtienen de los sistemas de registro rutinario y establecer un plan de prioridades y periodicidad.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud.	Informe con las necesidades de información periódica y su priorización.
Implementar mecanismos para la financiación de encuestas de base poblacional.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud, Agencias Cooperadoras, BID, BM.	Convenios de cooperación, acuerdos interinstitucionales.
Realizar alianzas con otros organismos que realizan encuestas de base poblacional para incluir variables referentes a la salud mental.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud, INE, MIDES, JND.	Convenios y acuerdos interinstitucionales.
Construir un sistema de indicadores para evaluación de los resultados e impacto de los componentes de las políticas contenidas en el plan.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud, INE, MIDES, JND.	Indicadores consensuados.

Objetivo 3

Desarrollar líneas de investigación específicas acordes con los vacíos de conocimiento y alineadas con la implementación de políticas públicas.

Líneas estratégicas

- Disponer de recursos adecuados para la investigación.
- Definición de temas prioritarios a investigar.
- Establecer alianzas institucionales.
- Generar capital humano formado en investigación aplicada.

Acciones	Actores involucrados	Resultados esperados
Identificar brechas de conocimiento.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud.	Informe con la identificación de temáticas que requieren profundización del conocimiento e investigación.
Implementar mecanismos para la financiación de la investigación en salud mental.	MSP, Instituciones académicas, Agencias cooperadoras, BID, BM	Proyectos aprobados. Fondos ejecutados.
Promover la articulación entre la academia y los prestadores de salud para la generación de información a partir de registros ya existentes.	MSP, Instituciones académicas, Prestadores de salud.	Convenios y acuerdos celebrados.

Lista mínima de indicadores para el monitoreo de la situación de la salud mental, la respuesta del sistema y la implementación del plan.

En la siguiente tabla se definen un conjunto de indicadores propuestos para la evaluación y monitoreo del plan, que deberán ser ajustados de acuerdo al análisis de los sistemas de información y a los avances que se consoliden de integración y mejora de la calidad de los mismos así como a la actualización del CIE.

Indicador	Numerador	Denominador	Periodicidad	Fuente de información	Observaciones
Tasa de consultas realizadas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos en los servicios ambulatorios especializados de salud mental, por 100.00 h	Nº de consultas con diagnóstico primario de problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos en los servicios ambulatorios especializados de salud mental	Población total	Anual	Sistema de registro de los prestadores del SNIS	Cap. F Código CIE10
Tasa de personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos atendidos en servicios especializados de salud mental, por 100.00 h	Nº de personas con diagnóstico primario de problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos, atendidos especializados de salud mental	Población total	Anual	Sistema de registro de los prestadores del SNIS	Cap. F Código CIE10
Tasa de atenciones realizadas con diagnóstico de trastorno mental severo en servicios de salud, por 100,000h	Nº de atenciones (consultas y hospitalizaciones) realizadas con diagnóstico de trastorno mental severos en servicios de salud (de cualquier tipo de servicio)	Población total	Anual	Sistema de registro de los prestadores del SNIS	Códigos CIE10 (F20, F00 a F03, F31, F32.2, F10 a F19) Definir tipo de servicio a monitorear
Tasa de personas con trastornos mentales severos atendidos en servicios de salud, por 100,000 h	Nº de personas con trastornos mentales severos, atendidos (consultas y hospitalizaciones) en servicios de salud (cualquier tipo de servicio)	Población total	Anual	Sistema de registro de los prestadores del SNIS	Códigos CIE10 (F20, F00 a F03, F31, F32.2, F10 a F19) Definir tipo de servicio a monitorear



Ministerio de Salud
Dirección General de la Salud
Área Programática de Salud Mental

Tasa de personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos atendidas en servicios de primer nivel por 100,000h	Nº de personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos atendidas en servicios de atención primaria	Población total	Anual	Sistema de registro de los prestadores del SNIS	Cap. F Código CIE10
Tasa de consultas por problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos en servicios de atención primaria, por 100,000h	Nº de consultas de con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos atendidas en servicios de atención primaria, por 100,000h	Población total	Anual	Sistema de registro de los prestadores del SNIS	Cap. F Código CIE10
Total de egresos hospitalarios con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos	Nº de egresos con diagnóstico de problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos	Total de egresos	Anual	Registro de egresos del Sistema Nacional de Vigilancia	Códigos CIE10 (Cap. F, X60-X84)
Promedio de días de hospitalización por con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos	Nº promedio de días de internación por con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos	N/C	Anual	Registro de egresos del Sistema Nacional de Vigilancia	Códigos CIE10 (Cap. F, X60-X84)
Prevalencia de problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos en la población general (x 100)	Nº de personas con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos en un momento determinado	Población de la encuesta	Quinquenal	Encuesta de base poblacional	
Prevalencia de Uso Problemático de Drogas (x100)	Nº de personas con uso problemático de drogas en un momento determinado	Población de la encuesta	Quinquenal	Encuesta de base poblacional Secretaría Nacional de drogas	

Ministerio de Salud
Dirección General de la Salud
Área Programática de Salud Mental

Tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad, por 100,000h	Nº de suicidios	Población total	Anual	Base de mortalidad de Estadísticas vitales del MSP	Emplear población estándar de OMS
Tasa anual de IAE por 100,000 h	Nº de IAE	Población total	Anual	Notificaciones realizadas por los prestadores de salud al sistema de registro de IAE	
Camas en hospitales monovalentes y asilares, por 100,000h	Nº de camas en hospitales monovalentes y asilares	Población total	Anual	División Servicios de Salud MSP Registro de prestadores	
Camas destinadas a salud mental en hospitales generales, por 100,000h	Nº de camas destinadas a salud mental en hospitales generales	Población total	Anual	División Servicios de Salud MSP Registro de prestadores	
Plazas en los dispositivos residenciales comunitarios (residencias, hogares protegidos)	Nº de plazas en los dispositivos residenciales comunitarios (residencias, hogares protegidos)	Población total	Anual	División Servicios de Salud MSP MIDES Direcciones Departamentales de Salud	
Personas desinstitucionalizadas de centros de atención monovalentes y asilares	Nº de personas con trastornos de salud mental severos desinstitucionalizadas de los centros de atención monovalentes y asilares	Total de personas institucionalizadas en servicios monovalentes y asilares	Semestral	ASSE CEREMOS INAU MIDES	
Camas desactivadas destinadas a pacientes cronicados en	Nº de camas desactivadas destinadas a pacientes	Total de camas de institucionalización	Semestral	ASSE CEREMOS INAU MIDES	

instituciones de atención monovalente y asilar	cronificados en instituciones de atención monovalente y asilar				
Dispositivos residenciales comunitarios de salud mental	Nº de nuevos dispositivos residenciales comunitarios creados luego de la puesta en vigencia de la Ley 19529 y la Ordenanza de dispositivos	N/C	Anual	División Servicios de Salud MSP Registro de prestadores	
Centros de rehabilitación en salud mental	Nº de nuevos centros de rehabilitación, creados luego de la puesta en vigencia de la Ley 19529 y la Ordenanza de dispositivos	N/C	Anual	División Servicios de Salud MSP Registro de prestadores	
Dispositivos de medio camino	Nº de nuevos dispositivos de medio camino, creados luego de la puesta en vigencia de la Ley 19529 y la Ordenanza de dispositivos	N/C	Anual	División Servicios de Salud MSP Registro de prestadores	
Tasa de enfermeras (Licenciada y auxiliar) que trabajan en el sector de la salud mental, por 100,000 h	Nº de enfermeras (Licenciada y auxiliar) que trabajan en el sector de la salud mental	Población total	Anual	División Evaluación y monitoreo del personal de la salud de MSP Prestadores del SNIS	Licenciadas en Enfermería y Auxiliares de Enfermería
Tasa de psiquiatras que trabajan en el sector de la salud mental, por 100,000 h	Nº de psiquiatras que trabajan en el sector de la salud mental	Población total	Anual	División Evaluación y monitoreo del personal de la salud de MSP Prestadores del SNIS	

Ministerio de Salud
Dirección General de la Salud
Área Programática de Salud Mental

Tasa de Lic en Psicología que trabajan en el sector de la salud mental, por 100,000 h	Nº de Lic en Psicología trabajan en el sector de la salud mental	Población total	Anual	División Evaluación y monitoreo del personal de la salud de MSP Prestadores del SNIS	
Tasa de trabajadores sociales que trabajan en el sector de la salud mental, por 100,000 h	Nº de trabajadores sociales que trabajan en el sector de la salud mental	Población total	Anual	División Evaluación y monitoreo del personal de la salud de MSP Prestadores del SNIS	
Porcentaje de personal de atención primaria entrenados en salud mental	Nº de personas que trabajan en atención primaria capacitados en salud mental	Total de personas que trabajan en atención primaria	Anual	Prestadores del SNIS	
Porcentaje de personal reperfilado en el nuevo modelo de salud mental	Nº de personas que se desempeñan en el área de salud mental reperfilada en el nuevo modelo de salud mental	Total de personas que se desempeñan en el área de salud mental	Anual	Prestadores del SNIS	
Porcentaje de normas técnicas de estructura y funcionamiento de los dispositivos de salud mental aprobadas	Nº de normas técnicas aprobadas por el PNSM sobre estructura y funcionamiento de los dispositivos de salud mental	Total de dispositivos de la red de salud mental establecidos en la Ordenanza de Dispositivos	Anual	N/C	
Cantidad de campañas, acciones de comunicación y/o material de promoción de la salud mental de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental	Nº de campañas, acciones de comunicación y/o material de promoción de la salud mental de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental		Bienal		Clasificadas por tipo, objetivo y población destino

Ministerio de Salud
Dirección General de la Salud
Área Programática de Salud Mental

Currículas de grado y posgrado en Salud revisadas y adecuadas a la Ley 19529 y al Plan Nacional de Salud Mental	Nº de currículas de grado y posgrado en Salud que hayan sido y adecuadas a la Ley 19529 y al Plan Nacional de Salud Mental	Total de currículas de grado y posgrado en Salud	Bienal	Instituciones académicas	
Cantidad de investigaciones financiadas que hayan incluido de forma prioritaria la temática de Salud Mental y UPD	Nº de investigaciones financiadas que hayan incluido de forma prioritaria la temática de Salud Mental y adicciones		Bienal	Agencias cooperadoras	
				PNSM	
				Instituciones académicas	
Porcentaje del gasto público dedicado a salud mental	Gasto público destinado a salud mental	Total del gasto público	Bienal	Economía de la salud	
Porcentaje del gasto público de salud mental destinado a hospitales monovalentes y asilares	Gasto público de salud mental destinado a hospitales monovalentes	Gasto público destinado a salud mental	Bienal	Economía de la salud	
Programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental	Nº de programas multisectoriales nacionales o departamentales de promoción y prevención en materia de salud mental en funcionamiento	N/C	Anual	Inventario o descripción de proyectos de programas ya aplicados.	

Ministerio de Salud
Dirección General de la Salud
Área Programática de Salud Mental

Reporte de datos de salud mental por parte de los prestadores integrales del SNIS	Nº de prestadores del SNIS que reportan siguientes datos: 1- IAE 2- Consultas de salud mental 3- Nº personas que consultan con problemas de salud mental prevalentes y trastornos mentales severos 4- Nº de camas de salud mental	Total de prestadores del SNIS	Anual	Sistema de registro del PNSM	Se elaborará la normativa con los criterios y mecanismos para el reporte de cada uno de los datos
Evaluación y manejo de los casos de IAE/suicidio.	Nº de casos de IAE/suicidio que en los que se cumplen los procedimientos de seguimiento vigentes	Nº total de casos de IAE/suicidio	Anual	Auditorias de las historias clínicas	Debe haber un procedimiento actualizado y difundido a todos los prestadores integrales y las unidades móviles de atención prehospitalaria
Inclusión de indicadores de salud mental en los sistemas de información de otros sectores	Nº de encuestas o sistemas de información de otros sectores que incluyen indicadores de salud mental	N/C	Anual	Encuestas y sistemas de registro de otros Organismos	
Tasa de readmisión dentro del 30 días posteriores a alta	Nº de personas readmitidas dentro de los 30 días posteriores al alta	Nº de egresos	Anual	Sistema de registro de egresos	
Prevalencia de personas con bienestar	Nº de personas en cada grupo de la escala de bienestar	Total de personas encuestadas	Quinquenal	Encuestas de prevalencia en base poblacional	Uso de escalas de bienestar estandarizadas internacionalmente
Satisfacción con los servicios de salud	Nº de personas satisfechas con los servicios de salud mental	Total de entrevistados			Utilizar herramientas validadas de satisfacción del usuario

Ministerio de Salud
Dirección General de la Salud
Área Programática de Salud Mental

Resultados de los servicios de salud mental	Nº de personas que presentan mejoría por la atención en los servicios de salud mental	Nº de personas atendidas en servicios de salud mental	anual	Sistema de evaluación de prestadores	Uso de escalas de resultados estandarizadas internacionalmente
Relevamiento de los tiempos de espera para el acceso a las consultas a las consultas de salud mental en NNA y adultos	Media de tiempos de espera para el acceso a las consultas de salud mental			Sistema de registro del PNSM	Se definirá el tipo de consultas para la medición
Acreditación de servicios en buenas prácticas de atención	Nº de servicios de salud mental acreditados en buenas prácticas de atención	Nº total de servicios de salud mental	bienal	Sistema de registro del PNSM	Se establecerá un mecanismo de acreditación de BPA para los dispositivos de la red de atención de salud mental
Participación de usuarios y familiares en los espacios intersectoriales	Nº de espacio intersectoriales en donde participan usuarios y familiares	Nº de espacios intersectoriales de salud mental	quinquenal	Sistema de registro del PNSM Direcciones Departamentales de Salud	
Programas, proyectos y convenios interinstitucionales para el abordaje de las problemáticas de salud mental en diferentes ámbitos	Nº de Programas, proyectos y convenios interinstitucionales		bienal	Interinstitucionalidad	

10. Financiamiento

Reasignar y destinar nuevos recursos económicos resulta una condición indispensable para el desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental en la implementación del nuevo modelo de atención. Se deben reasignar y asignar recursos que aseguren a las personas un acceso oportuno a la atención, cobertura y continuidad de cuidados en los diversos dispositivos de la red

de atención permitiendo una mejor calidad de vida en su comunidad.

El objetivo es desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que provea recursos suficientes que permitan realizar acciones de calidad, costo-efectivas y modificaciones organizacionales definidas por el Plan Nacional de Salud Mental.

Para elaborar un programa de financiamiento se deberá tener en cuenta la reasignación de recursos hoy destinados a un modelo a superar y prever la asignación de otros recursos para:

- La promoción y prevención
- La atención específica en Salud Mental de los distintos niveles de la red asistencial
- Abordajes socio-comunitarios en el marco de la intersectorialidad
- Capacitación
- Grupos poblacionales específicos
- Monitoreo y evaluación
- Investigación en salud mental
- Gobernanza y gestión de la red

Es indispensable en el presupuesto nacional sea considerada la instrumentación de la Ley de Salud Mental, así como los recursos necesarios para la ejecución del Plan Nacional de Salud Mental.

A su vez, será necesario realizar un análisis del gasto actual y de una posible redistribución de los actuales recursos para cumplir con las nuevas propuestas incluidas en el Plan.

Objetivo 1

Reducir la brecha de información sobre recursos financieros en salud mental incluyendo los gastos de bolsillo destinados a la actividad privada.

Línea estratégica

- Identificar los recursos sectoriales e intersectoriales destinados a la atención de salud mental, y realizar las estimaciones de recursos adicionales necesarios y sus costos para los siguientes componentes: Promoción y prevención, Primer nivel de atención, Especialidad, Acciones comunitarias, Medicamentos, Capacitación y formación continua, Grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad, Gestión en salud mental, Regulación y fiscalización, Acciones intersectoriales.



Ministerio de Salud
Dirección General de la Salud
Área Programática de Salud Mental

Objetivo 2

Definir las fuentes y mecanismos de financiamiento más adecuados, en el marco del SNIS y el Seguro Nacional de Salud, luego de definidos los costos y actores involucrados en cada uno de los componentes.

11. Bibliografía citada y consultada

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2018) Informe estadístico sobre salud mental de ASSE 2018. Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables ASSE.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2019) Propuesta para la creación de un Servicio de Apoyo en el ejercicio de las medidas de protección jurídica para personas con Trastornos mentales. Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables ASSE. Documento interno.
- ASSE; MSP; UdelaR. (2018). Propuesta para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en ASSE. 1ª. Etapa - 2019-2020 (Resumen). Montevideo.
- Alzheimer's Disease International [ADI] (2013) World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An analysis of long-term care for dementia. London: ADI. Disponible en internet: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2013>.
- Alzheimer's Disease International [ADI]-Bupa (2013) La demencia en América: el coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia. Disponible en internet: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1989) Convención sobre los Derechos del Niño. Montevideo. UNICEF 20 Años.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2006) Convención Internacional de las Personas con Discapacidad. ONU: Nueva York.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2016) Salud mental y derechos humanos. Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos. 43ª sesión.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo - Situación actual y recomendaciones.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2014). *Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes*. Cuadernos técnicos 14.
- Comunidad de Madrid (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.
- Consejo Nacional consultivo honorario Derechos Niñez y Adolescencia (2018). *Documento del Grupo de Trabajo sobre aportes a la Reglamentación de la Ley N° 19.529 Salud Mental*. CNCHDDNA.
- Espada, J; Morales, A; Orgilés, A y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(2), 31-41.

- Fergusson, D., & Horwood, L. (1995). The stability of disruptive childhood behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology* N°23: 379-396.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2009). *Estado Mundial de la Infancia. Edición especial. Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Montevideo: UNICEF.
- García Ibáñez, J. (2004). *Grupo de trabajo sobre los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Generalitat de Catalunya. Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. . Quaderns de Salut Mental.
- Howard, L., Piot, P., & Stein, A. (2014). *No health without perinatal mental health*. *Lancet* 384 (9956): 1723-1724.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). Anuario Estadístico 2018 95° versión. Montevideo.
- Junta de Andalucía (2011) Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Recuperado de: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c952f3_guia_diseno_pri_mera.pdf
- Junta Nacional de Drogas (2001). III Encuesta Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas. Montevideo: Observatorio Uruguayo de Drogas
- Junta Nacional de Drogas (2006). II Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media. Montevideo: Observatorio Uruguayo de Drogas.
- Junta Nacional de Drogas (2014). VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media. Montevideo: Observatorio Uruguayo de Drogas.
- Junta Nacional de Drogas (2016). VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Montevideo: Observatorio Uruguayo de Drogas.
- Junta Nacional de Drogas (2016). VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media. Montevideo: Observatorio Uruguayo de Drogas.
- Ley N°19.529 (2017) Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.
- Ley N°18.211 (2007) Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.
- Loeber, R., & Farrington, D. (2000). *Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions and policy implications*. *Development and Psychopathology* N°12: 737-762.
- Martínez, C. (2007). *Hacia la reforma de los servicios de salud mental de la infancia y adolescencia. En: La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas*. Washington DC: OPS.

Melter-Brody, S., Brandon, A., Pearson, B., Burns, L., Raines, C., Bullard, E., & Rubinow, D. (2014). *Evaluating the clinical effectiveness of a Specialized Perinatal Psychiatry Inpatient Unit*. Arch Women Mental Health N° 17: 107-113.

Ministério da Saúde (2008). Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério de Saúde de Brasil.

Ministerio de Salud Pública (1986). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.: MSP.

Ministerio de Salud Pública (2016). Encuesta Nacional de Salud. Montevideo, Uruguay.: MSP.

Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Gobierno de Chile. Santiago, 2017.

Ministerio de Salud Pública (2019). Interpelaciones y respuestas a las Enfermedades No Transmisibles en Uruguay. Montevideo, Uruguay.: Ministerio de Salud Pública y OPS/OMS.

Ministry of Health (2011). *Youth Forensic Services Development: Guidance for the health and disability sector on the developments of specialist forensic mental health, alcohol and other drug and intellectual disability services for young people involved in New Zealand's justice*. Wellington: Ministry of Health.

Mollejo, A., & Aparicio, E. (2012). *Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios N° 48.

Organización de Estados Americanos [OEA] (2015) Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Washington DC: OEA. Disponible en: <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/v/56678/4/innova.front/convencion-interamericana-sobre-la-proteccion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-mayores>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF. OMS:Ginebra ISBN 9241545429.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2005). *Políticas y Planes de Salud Mental para la infancia y la adolescencia. Paquete de Política de Salud Mental y servicios*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009) Salud Mental en la Comunidad. Segunda Edición. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas en Salud No. 49.

- Pérez, R. (2018). El tratamiento de las demencias en el sistema de salud de Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 139-169.
- Pérez, R., & Ferrando, R. (2019) Chapter 47: Uruguay. In: Alistair Burns and Philippe Robert (Editors) *Dementia Care: International Perspectives*. (pp. 351-357). London: Oxford University Press.
- Pineda, C. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349.
- Ramos, V., Forrissi, F., Gelpi, G. Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje en común. En López, P., Forrissi, F., Gelpi, G. (2015) *Guía Salud y Diversidad Sexual*. MSP, ASSE, UdelaR, Colectivo Ovejas Negras, UNFPA. Montevideo, Uruguay. p. 39-42.
- Rodríguez, J., & Rivierés-Pigeon., D. (2007). A literature review on integrated perinatal care. *Int. J. Integrated care* N°7: 1-15.
- Sah, P., Lee, S., Mori, R., Reichman, B., Hakanson, S., & Feliciano, L. (2014). *The International Network for Evaluating of very low birth weight, very preterm neonates (iNeo): a protocol for collaborative comparisons of international health services for quality improvement in neonatal care*. . *BMC Pediatrics* N° 14: 110.
- Uruguay (2016). Exposición de motivos proyecto de Ley de Salud Mental. Documento interno. Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. Cámara de Representantes, Uruguay.
- Viola, L., Garrido, G., & Varela, A. (2008). *Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos*. Montevideo: *Revista Psiquiatría Uruguay* Vol. 72 N°1.
- Weatherston, D. (2000). *The infant mental health specialist*. *Zero to Three*. Oct-Nov 3-9.

12. Anexos

12.1. Marco normativo

Leyes y decretos

- Decreto N° 346/999 (1999) Creación de Junta Nacional de Drogas y la Secretaría Nacional de Drogas
- Decreto N° 504/003 (2003) Prohibición de expendio o suministro de bebidas alcohólicas
- Ley N° 17.823 (2004) Código de la niñez y la adolescencia
- Ley N° 18211 (2007) Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud
 - Decreto reglamentario N° 2/008 de 08/01/2008
- Ley N° 18104 (2007) Igualdad de derechos entre hombres y mujeres
- Ley N° 18256 (2008) Protección del derecho al medio ambiente libre de humo de tabaco y su consumo
- Ley N° 18335 (2008) Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud
 - Decreto reglamentario N° 274/010 de 08/09/2010
- Ley N° 18446 (2009) Creación de la INDDHH
- Ley N° 18.651 (2010) Protección integral de personas con discapacidad
- Decreto N° 87/010 (2010) Creación de las juntas departamentales de drogas
- Decreto N°305/011 (2011) Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud
- Ordenanza N°765 (2013) para la Notificación del Intento de Autoeliminación (IAE)
- Ley N° 19172 (2014) Control y Regulación del estado de producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis
 - Decreto reglamentario N° 120/2014
 - Decreto reglamentario N° 372/2014 (reglamento del cannabis industrial-cáñamo)
 - Decreto reglamentario N° 46/2015 (reglamento del cannabis medicinal)
- Ley N° 19353 (2015) Creación del sistema nacional integrado de cuidados
 - Decreto reglamentario N° 427/016 de 27/12/2016
 - Decreto reglamentario N° 428/016 de 27/12/2016
 - Decreto reglamentario N° 117/016 de 25/04/2016

-
- Decreto N° 128/016 (2016) Procedimiento de actuación en materia de consumo de alcohol, cannabis y otras drogas en lugares y en ocasiones del trabajo
 - Ley N° 19430 (2016) Aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
 - Ley N° 19529 (2017) Ley de Salud Mental
 - Decreto reglamentario N° 226/018 de 16/07/2018
 - Decreto reglamentario N° 331/019 de 04/11/2019
 - Ordenanza 384 (2017) Aprueba el protocolo de atención y seguimiento de las personas con intentos de autoeliminación
 - Ley N° 19684 (2018) Ley integral para personas trans

Alineación con programas y guías nacionales

- Objetivos sanitarios 2020
- GUÍA: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud
- Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel
- Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud
- Guía de Nutrición, Alimentación y Actividad Física para la prevención de enfermedades No Transmisibles Revisión para la elaboración de las Guías de Alimentación saludable para la población uruguaya
- Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo Uruguay 2009
- Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020
- Programa Uruguay trabaja
- Programa Uruguay crece contigo
- Plan Nacional de Diversidad Sexual
- Programa Calle
- Estrategia nacional para el abordaje del problema drogas 2016-2020
- Programa de prevención del suicidio

13. Participantes en la elaboración del plan

Áreas del Ministerio de Salud Pública.

DIGESA – Áreas Programáticas

Violencia Basada en Género y Generaciones: Dra. Irene Petit, Aux. Enfermería Estela de Armas

Niñez: Dra. Claudia Romero, Dra. Mercedes Pérez Roca

Adolescencia: Dra. Silvia Graña, Dra. Lorena Quintana

Adulto Mayor: Dr. Ítalo Savio

Sexual y Reproductiva: Lic. Florencia Florisi

Discapacidad: Dr. Juan Lacquage y Lic. Agustín Bergeret

Economía de la Salud- Ec. Ida Oreggioni

Grupos de trabajo

1. Promoción y prevención en salud mental

- Coordinador: Dr. Homero Peyrot Caminantes- Federación de organizaciones de familiares por la Salud Mental.
- Lic. Ps y Lic Enf. Renée Del Castillo- Centro Psicosocial Sur Palermo
- Dra. Alejandra Moreira- Facultad de Medicina, UDELAR
- Sr. Guillermo Luzardo- Radio Vilardevoz
- Lic.Ps. Carolina Ripoll- Centro Psicosocial Sur Palermo.
- Aux. Enf. Vanessa Xavier- ASSE- Hospital de Rocha
- Lic. Enf Solange Rijo - ASSE Hospital de Rocha.

2. Detección, Atención y recuperación

- Coordinador: Dr. Ricardo Acuña –Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)
- Dra. Ma. Celia Barrios- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- Lic.Ps. Luis González- Secretaría Nacional de Drogas (SND)
- Lic. Andrea Toyos- Secretaría Nacional de Drogas (SND)
- Lic. Mariana Benko-Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI)
- Lic. Andrés Techera- Programa APEX-UdelaR
- Dra. Perla Vivas- Caminantes- Federación de organizaciones de familiares por la Salud Mental.

- Sra. Martha Popelka- Grupo de familiares de la Esperanza
- Lic. Denise Defey- Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI)
- Dra. Alicia Canetti- Facultad de Medicina / Clínica de Psiquiatría (UdelaR)
- Prof. Janine Hareau- Facultad de Medicina /EUTM
- Lic.PS Lourdes Villafaña- Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU)
- Nahiri Aharonian- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
- Sra. Mayra Aldama- Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU)
- Lic. Marina Deluca – Instituto Nacional del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU)
- Lic. Melissa Olivera- Instituto Nacional del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU)
- Lic. Enf. Alejandra Berón- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)- PRONADIS
- Lic. Psic. Daniela Gambetta- Ministerio de Desarrollo Social MIDES- PRONADIS
- Sra. Alba Villalba- - Radio Viladervoz
- Mag. Ps. Alejandra Arias- Facultad de Psicología (UdelaR)

3. Cambio cultural, estigma y derechos

- Coodinadoras: Lic. Susana Ferrer- Lic. Mónica Coore –Coordinadora de Psicólogos del Uruguay; Lic. Gabriel Ferrari – CIPRES
- Sr. Eduardo Moll - Centro Martinez Visca
- Mag. Ps. Deborah Rydel- Facultad de Psicología (UdelaR)
- Lic. Lucía de Pena- Facultad de Medicina/ Psicomotricidad
- Lic. Ts Ana Marzaroli -ASSE
- Nely Morosini - Grupo familiares de Adictos
- Lic. Ps. Gabriela Olivera- Secretaría Nacional de Drogas (SND)
- Sheila Atahides -Secretaría Nacional de Drogas (SND)
- Gabriel Togliaferrero- Asociación de Usuarios -ASUMIR
- Pedro Altura-Asociación de Usuarios -ASUMIR
- Emilio Doldán- Asociación de Usuarios -ASUMIR
- Sr. Gerardo Paz- Radio Viladervoz
- Sr. Mario Vallejo- Radio Viladervoz
- Sandra Ventura-ASUMIR
- Lic. Ps. Martín Tomeo- MIDES-PRONADIS
- Prof. Augusto Lotito - MIDES- PRONADIS

4. Capacitación

- Coordinadora: Lic. Enf. Graciela Curbelo - Asociación de Nurses del Uruguay (ANU)
- Lic. Enf. Margarita Garay- Facultad de Enfermería (UdelaR)
- Lic. Enf Teresa Menoni- Asociación de Nurses del Uruguay (ANU)
- Ed. Social Andrea Yambei- MIDES-PRONADIS

- Lic. en Enf. Janine Fusaro- MIDES-PRONADIS
- Lic. Psic. Ariel Carozo- Radio Vilardevoz
- Sra. Mabel Forestier- Grupo de familiares de la Esperanza
- Sr. Guillermo Luzardo- Radio Vilardevoz
- Lic. Psic. Ana Castro - Secretaría Nacional de Drogas (SND)
- Lic. Psic. Marisa Schulze -ASSE
- Prof. Maris Pérez -Federación CAMINANTES

5. Interinstitucionalidad/ intersectorialidad

- Coordinadora: Lic. Psic. María Cristina Antúnez Maciel- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU)
- Coordinadora: Mag. Psic. Mónica Giordano Otero - Radio Viladervoz
- Lic. Débora Gribov- Programa APEX - UdelaR
- Lic. TS. Leticia Torrado- ASSE-Hospital Vilardebó
- Prof Hugo Achugar- Caminantes- Federación de organizaciones de familiares por la Salud Mental.
- Mag. Rossina Machinena- Centro Martinez Visca
- Dra. Ana Goodson Facultad de Medicina / Clínica de Psiquiatría Pediátrica (UdelaR)
- Lic. Samanta Foglar Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU)
- Lic. María Julia Perea- Facultad de Psicología (UdelaR)
- Lic. TS Nohelia Rocha Fuhs- INAU
- Dra. Josefina Plá- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo(INDDHH)
- Lic. Enf. José Luis Priore - Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA)
- Lic. Nathalie Stagnari- – Instituto Nacional del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU)
- Lic Soc. Jorge Durán - Secretaría Nacional de Drogas (SND)
- Lic. Micaela Melgar -MIDES- División Calle
- Lic. Ts. Celia Velazco, Lic. Soc Inés Giudice- MVOTMA
- Lic. Heber da Cunha MIDES-PRONADIS
- Sra. Alba Villalba- Radio Vilardevoz
- Lic. Tr. Perla Rodríguez y Dra. Cecilia Anández- Secretaria de Derechos Humanos de Presidencia

6. Información, evaluación e investigación

- Coordinadora: Dra. Beatriz Fernández Castrillo–Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU)

-
- Lic. Soc. Martín García- ASSE
 - Sra. Mariel Forestier- Grupo de familiares de la Esperanza
 - Lic. Diana Meerhoff- Secretaría Nacional de Drogas (SND)
 - Cra. Ma. Elisa Cabrera- Secretaría Nacional de Drogas (SND)
 - Lic. TS. Carla Palombo- Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay(ADASU)

Técnicos consultados en áreas temáticas:

- Dr Ricardo Acuña- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)
- Lic. Soc. Ricardo Alberti- MSP- DIGESA
- Dra. Psic. María José Bagnato- Facultad de Psicología (UdelaR)
- Mag. Irene Barros- Facultad de Psicología (UdelaR)
- Dr Ricardo Bernardi- Prof Emérito de Facultad de Medicina (UdelaR)
- Lic. Mercedes Couso- - Facultad de Psicología (UdelaR)
- Dra. Gabriela Garrido- Facultad de Medicina / Clínica de Psiquiatría Pediátrica (UdelaR)
- Lic. Fil. Begoña Grau- MIDES-PRONADIS
- Dra Alicia Kachinovsky- Facultad de Psicología (UdelaR)
- Dr. Ed Pablo López- Facultad de Psicología (UdelaR)
- Lic Diego Olivera- Secretaría Nacional de Drogas (SND)
- Dr. Robert Pérez -Facultad de Psicología, Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (UdelaR)
- Dra Fernanda Porteiro - Área programática de Salud Mental Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Dra. Sandra Romano- Facultad de Medicina / Clínica de Psiquiatría (UdelaR)
- Dra. Mónica Silva- SUPPIA

Organismos consultados:

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).Dirección de Salud Mental y Poblaciones vulnerables.
- Banco de Previsión Social
- Comisión de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia
- Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio
- Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental
- MIDES: PRONADIS, Sistema Nacional de Cuidados, Dirección de Políticas Sociales),
- Secretaría Nacional de Drogas (SND)

A DIRECCIÓN GENERAL DE SECRETARÍA

Se eleva, sugiriendo hacer lugar a lo solicitado, en los términos del informe elaborado por el Programa de Salud Mental que se transcribe, y de la documentación aportada al expediente:

"considerando lo manifestado por el Dr. Thomasset, el 11 de Noviembre se solicitó un contacto telefónico de para coordinar una entrevista, pero la información de contacto no estaba disponible. A modo de dar respuesta a la información que es de interés con fines académicos, adjuntamos la Ley de Salud Mental N°19.529 y el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, en los cuales se describe en profundidad el modelo de atención de la salud mental en Uruguay. El Área Programática para la Atención en Salud Mental del MSP tiene la función de ejercer la rectoría y gobernanza sobre las políticas públicas de salud mental. No es un prestador de salud, por lo que no cuenta con dispositivos de atención ni con presupuesto específico. El Sistema Nacional Integrado de Salud comprende 42 prestadores de salud (del subsector público y del subsector privado). La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es el prestador que asiste a más el 42% de la población, por lo que a fines de obtener información sobre sus dispositivos, número de usuarios y presupuesto recomendamos contactarse con la Dirección de Salud Mental de ASSE al mail de contacto: dirdsaludmental@asse.com.uy Esperamos la información sea de utilidad y le deseamos éxitos en su trabajo. "

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada por
al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381 de 17 de octubre de
2008;

RESULTANDO: que el peticionante solicita información referente al estado actual de la salud mental en Uruguay: 1) con qué dispositivos cuenta el Ministerio de Salud Pública; 2) cómo articula con otros agentes del Estado; 3) con qué herramientas se trata a la salud mental desde la prevención hasta la hospitalización; 4) qué departamentos, divisiones o que sectores atienden la salud mental; 5) cuál es su presupuesto; y 6) cuál es el estado de los mismos en cuanto a número de pacientes;

CONSIDERANDO: I) que corresponde hacer lugar a lo solicitado;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información, en referencia a la solicitud efectuada por _____, al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381, de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la Dirección General de Secretaría. Cumplido, pase a la Dirección General de la Salud.

Ref. N° 001-3-7824-2021

RC.-