



Ministerio
de Salud Pública

Iniciativa Acción País por la Salud Mental

Edición 2025

Documento síntesis institucional

Diciembre, 2025

Ministerio de Salud Pública

Autoridades

Dra. Cristina Lustemberg

Ministra de Salud Pública

Dr. Leonel Briozzo

Subsecretario de Salud Pública

MBA. Mag. Lic. Rodrigo Márquez

Director General de Secretaría

Dra. Fernanda Nozar

Directora General de Salud

Dr. Gilberto Ríos

Subdirector General de Salud

Equipo de trabajo Acción País

Dirección General

MBA. Mag. Lic. Rodrigo Márquez
Dra. Fernanda Nozar

Coordinación técnica

Lic. Psic. Laura de Álava
Lic. Psic. Matías Rodríguez
Mag. Camila Mutuberría
Dra. Ec. Fiorella Cavalleri

Coordinación operativa

Lic. Enf. Sandra Pérez
Psic. Luis Giménez
Dra. Cecilia Pesci
Mag. Sandra Moresino
Soc. Ricardo Alberti
Ec. Rodrigo Nadal
Lic. Enf. Paola Ivanac
Dra. Julia García
Dra. Maite Inthamoussu
Mag. Diego Langone
Lic. Lorena Seijo Ruiz
Soc. Sergio Núñez

Gestión de inscripciones

Aux. Reg. Méd. Sebastián Hormiga
Dra. Regina Guzmán

Plataforma Virtual

DG. Mario Arrúa
Mag. Ana Oviedo
Lic. Educación Laura Bianchi
Tec. Educativa Cecilia Pérez
Lic. Diseño Lucía Waller

Grupos temáticos: tutoría y relatoría

Dra. Zaida Arteta
Dr. Juan Mila
Lic. Psic. Lucía Orsi
Mag. Valeria Valazza
Dra. Sofia Gurruchaga
Mag. Sabrina Rossi
Téc. Com. Lorena Caimi
Lic. Silvia Liliana Mendez
Lic. Psic/Com. Sonaly Da Silva
Lic. Enf. Florencia Forrisi

Lic. TS. Carla Palombo
Dra. Claudia Nosei
Lic. Psic. Silvia Leguizamo
Mag. Sandra García
Dra. Priscila Da Silva
Dra. Chiara Lorenzelli
Aux. Reg. Méd. Nadia Rodiger
Téc. Com. Soc. Ana Liz Maneiro
Lic. Psic. Carolina Fernández
Mag. Florencia Usher
Tec. Adm. Carolina Bruno
Mag. Clara Leis
Mag. Mónica Giordano
Lic. Enf/Psic. Reneé del Castillo
Mag. Alfonso Arocena

Lic. Psic. Magdalena Álvarez
Téc. Prom. Salud Valentina Acosta
Dr. Matías Sánchez
Lic. Enf. Verónica Romano
Dra. Mariela Copete

Comunicación

Prof. Santiago Brum
Periodista Clara Gutiérrez

Unidad de Evaluación y Monitoreo

Psic. Diego Soria
Politólogo Martín Sacchi
Dr. CP. Marcelo Setaro

Índice

Capítulo 1 Presentación / Propósito del Documento	6
Capítulo 2 Marco institucional y conceptual	8
Capítulo 3 La Iniciativa Acción País por la Salud Mental: Propósito, Metodología y Desarrollo del Proceso	9
Capítulo 4 Descripción del proceso.	13
Capítulo 5 Análisis cualitativo del proceso	16
Capítulo 6 Síntesis de propuestas y consensos.	24
Capítulo 7 Conclusiones	28
Referencias del documento	31

Presentación / Propósito del Documento

La Acción País por la Salud Mental constituye un ejercicio significativo en la construcción de una política pública nacional basada en la corresponsabilidad, la evidencia y la participación social. Este documento presenta una síntesis institucional del proceso desarrollado entre agosto y noviembre de 2025, con el objetivo de ofrecer una descripción ordenada, clara y, sobre todo, útil para la toma de decisiones estratégicas del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de los actores asociados al Sistema Nacional Integrado de Salud y a la red intersectorial del país indefectiblemente involucrada en el cambio del modelo de abordaje de la salud mental de la población.

La salud mental es un componente esencial del desarrollo humano, entendida como la posibilidad de que todas las personas reconozcan sus capacidades, puedan afrontar las tensiones de la vida cotidiana y contribuir a la comunidad en la que viven. Este bienestar —tal como se define en los documentos de la Acción País— es dinámico y surge de la interacción entre factores sociales, culturales, históricos, biológicos y psicológicos, por lo que su abordaje requiere acciones públicas integradas, sostenidas y coordinadas entre diferentes instituciones y niveles del Estado.

En este marco, la presente síntesis tiene como propósito consolidar los insumos técnicos, participativos y programáticos surgidos de las instancias preparatorias, los grupos de trabajo virtuales, la elaboración de *posters* y la jornada nacional desarrollada el 10 de noviembre.

Todo este proceso se inscribe en una trayectoria normativa que incluye la Ley 19529, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 y la Estrategia Nacional de Salud Mental y Bienestar 2025-2030. Estas herramientas orientan al país hacia un modelo de atención comunitaria, centrado en derechos, con fuerte énfasis en la gobernanza pública, la prevención, la promoción y la transformación progresiva del sistema de cuidados en salud mental.

La Acción País surge como respuesta a la necesidad de fortalecer la rectoría del MSP, superar la fragmentación del sistema, integrar múltiples iniciativas ya existentes y avanzar hacia una institucionalidad más robusta, articulada y sostenible. Se trata de un esfuerzo nacional que convoca a organizaciones de la sociedad civil, colectivos vinculados a la salud mental, instituciones públicas y privadas del sistema de salud, actores comunitarios y organismos del Estado, a fin de construir un marco común de calidad, participación y corresponsabilidad.

El presente documento ofrece:

- el recorrido metodológico y organizativo desarrollado desde el lanzamiento de la iniciativa,
- la caracterización cuantitativa de la participación y de las propuestas recibidas,
- el análisis cualitativo de los aportes generados en los espacios de intercambio,
- y los principales consensos, desafíos y oportunidades identificados para la implementación territorial y nacional.

Asimismo, tiene un propósito estratégico: servir de insumo para la planificación sectorial 2025-2030, contribuir al diseño de los instrumentos de rectoría necesarios para la efectiva implementación de los mandatos legales y programáticos vigentes, y promover la continuidad de las políticas de Estado en salud mental, con foco en la participación activa de las personas, la equidad territorial, el enfoque de género y generaciones, y la multisectorialidad.

Capítulo 2

Marco institucional y conceptual

La Acción País por la Salud Mental se apoya en un proceso histórico de fortalecimiento de la política pública en Uruguay, que está transitando hacia un modelo comunitario, integral y basado en derechos. Este camino incluye hitos como la Ley 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de las estrategias de prevención del suicidio, la Ordenanza 1488/2019 y especialmente la Ley 19529, que establece transformar el sistema mediante redes territoriales, desinstitucionalización y articulación multisectorial.

El Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 y la Estrategia Nacional 2025-2030 proporcionan el marco programático: rectoría fortalecida, equidad territorial, enfoque comunitario, participación social e intersectorialidad.

La Acción País se justifica como mecanismo para integrar actores, fortalecer la participación, avanzar en la implementación efectiva de la Ley 19529 y consolidar una institucionalidad robusta para la salud mental en todo el país.

La Iniciativa Acción País por la Salud Mental: Propósito, Metodología y Desarrollo del Proceso

La Acción País por la Salud Mental es una iniciativa nacional impulsada por el MSP, destinada a fortalecer la rectoría en salud mental y promover la participación social organizada. Surge como un proceso de articulación entre instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, organizaciones sociales y actores comunitarios de todo el país, con el objetivo de consolidar un modelo de atención comunitario, equitativo y basado en derechos.

Propósito y orientación estratégica

El propósito central de la iniciativa es generar *compromisos concretos y correspondientes* entre el MSP, los organismos del Estado y la sociedad civil, para mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud mental, fortalecer las capacidades de gobernanza, promover estrategias de prevención y promoción con enfoque territorial, y asegurar coherencia entre políticas, dispositivos y actores en todo el país. No obstante, el MSP no elude su responsabilidad institucional en el proceso de asegurar el cambio de modelo; sin embargo, la Acción País constituye un insumo fundamental para que la participación ciudadana se concrete en las políticas a desarrollar.

La Acción País se enmarca en principios de derechos humanos, participación social activa, enfoque de género y generaciones, intersectorialidad, territorialidad y uso de evidencia científica como base de decisión. Su valor radica en integrar agendas diversas, ordenar propuestas territoriales y aportar una base técnica para avanzar hacia políticas de Estado en salud mental.

Actores convocados y propuestas recibidas

La convocatoria recibió más de 322 propuestas, de las cuales, tras un proceso de depuración de registros (por falta de datos, reiteraciones, entre otros), se incluyeron finalmente 275. Estas propuestas fueron analizadas y clasificadas en áreas temáticas vinculadas a promoción y prevención, atención, gestión humana y sistemas de información. Las propuestas reflejan necesidades territoriales, experiencias innovadoras y demandas de fortalecimiento institucional, subrayando la fuerza del tejido comunitario del país.

Metodología de inscripciones y convocatoria (agosto a octubre)

En agosto de 2025 se realizó la apertura de la inscripción de proyectos, con una ampliación de la convocatoria en setiembre hasta el 9 de octubre.

Metodología del proceso y desarrollo de actividades (10/10 - 10/11)

La metodología combinó actividades virtuales y presenciales, asegurando una amplia participación, un diálogo técnico guiado y la producción de síntesis. El proceso se estructuró en tres componentes principales: un taller de elaboración de pósteres, 21 grupos temáticos de discusión virtual y una jornada nacional presencial.

1. Lanzamiento oficial (10 de octubre)

En el marco del Día Mundial de la Salud Mental, el MSP presentó los objetivos, la estructura metodológica y el cronograma del proceso. Esta instancia inició formalmente el trabajo de alcance nacional.

2. Taller virtual de *posters* (17 y 22 de octubre)

Se brindó acompañamiento técnico para traducir propuestas en formatos visuales claros y homogéneos. A través de materiales sincrónicos y asincrónicos, las organizaciones prepararon *posters* que sistematizaron iniciativas comunitarias y experiencias territoriales.

3. Encuentros virtuales: 21 grupos temáticos (29/10-4/11)

Organizados por eje temático y facilitados por tutores y relatores, estos encuentros permitieron analizar cada propuesta, generar intercambios técnicos y construir síntesis parciales. El trabajo se estructuró en rondas breves y orientadas por fichas técnicas, priorizando equidad en la participación, claridad conceptual y capacidad de síntesis. Los resultados fueron insumos principales para la jornada presencial.

4. Preparación técnica del encuentro presencial

Incluyó reuniones de coordinación, revisión de relatorías, elaboración de materiales y estandarización de pautas metodológicas para asegurar homogeneidad y rigor.

La jornada nacional presencial (10 de noviembre)

El encuentro, organizado por ejes temáticos, combinó exposiciones, discusiones interinstitucionales y el registro de acuerdos.

El evento público contó con una amplia participación: 352 participantes en los grupos de trabajo técnico por eje temático, y 822 asistentes a la exhibición de iniciativas comunitarias en salud mental, la exposición de síntesis de los grupos de trabajo, y la presentación de conclusiones y compromisos futuros.

Momento 1 – Presentación y encuadre:

Las autoridades del MSP expusieron los objetivos del proceso, los principios rectores y las síntesis técnicas elaboradas en los grupos virtuales.

Momento 2 – Discusión técnica:

Las mesas de trabajo debatieron consensos, propusieron acciones concretas y analizaron viabilidad técnica y política de las líneas de acción.

Momento 3 – Registro de acuerdos:

Se construyeron documentos conjuntos de compromisos, responsables y plazos por eje temático.

Durante la tarde, se realizó una exhibición de los *posters* en el Auditorio Adela Reta, visibilizando más de 200 iniciativas territoriales y fortaleciendo el intercambio horizontal entre actores de distintas regiones.

El cierre institucional incluyó la presentación pública de acuerdos interinstitucionales y mensajes de autoridades nacionales, destacando la continuidad del proceso más allá de la jornada.

Valor agregado del proceso

La metodología permitió ordenar más de 250 iniciativas, garantizar participación equitativa y generar insumos comparables y útiles para la rectoría del MSP. Se consolidó un espacio de articulación intersectorial, se fortaleció la red territorial de salud mental y se promovió una base técnica y política común para avanzar en la transformación del modelo de atención.

La Acción País constituye, así, un mecanismo participativo y sostenible que articula propuestas, consensos y compromisos institucionales, aportando elementos para la política pública en Salud Mental.

Descripción del proceso

La Acción País por la Salud Mental convocó un volumen significativo de propuestas y movilizó a actores de todo el país, combinando instancias virtuales y una gran jornada presencial. En total, se registraron correctamente 275 propuestas en el formulario en línea, las cuales fueron categorizadas técnicamente por el Ministerio de Salud Pública. Este número, muy alto para una primera edición, confirma el interés territorial y la capacidad instalada para construir iniciativas en salud mental comunitaria.

El análisis temático muestra que casi la mitad de las propuestas categorizadas se concentraron en promoción y prevención, seguidas por aquellas vinculadas a dispositivos y modelos de atención. En menor proporción, pero igualmente relevantes, se identificaron iniciativas vinculadas a recursos humanos, intersectorialidad y sistemas de información. Dentro de estos ejes, predominaron las acciones de promoción y prevención sin especificación por ciclo vital o enfocadas en personas mayores, adultos y jóvenes, así como propuestas de atención dirigidas a distintos tramos de edad.

El perfil organizacional fue extremadamente diverso. La categoría “Otro” —que incluye colectivos barriales, grupos autoorganizados y experiencias locales muy heterogéneas— concentró la mayor cantidad de registros, seguida por asociaciones civiles, grupos de profesionales, empresas y organizaciones no gubernamentales (ONG). Esta pluralidad confirma el carácter ampliamente comunitario de la convocatoria.

En cuanto al alcance territorial, 201 propuestas identificaron su departamento de origen, con una presencia de 64 % de propuestas de Montevideo y 34 % de los 18 departamentos restantes del país. A pesar de la incompletitud del dato territorial en parte de los formularios, se observa una clara diversidad regional. Asimismo, el ámbito de aplicación declarado muestra que más de un tercio de las propuestas se concibe con alcance nacional, mientras que otro tercio se orienta a acciones departamentales, y el resto se distribuye entre niveles regionales y municipales.

Las actividades preparatorias aportaron un componente metodológico importante. La elaboración de *posters* permitió uniformizar la presentación de todas las iniciativas, asegurando condiciones equitativas de comunicación. Paralelamente, entre el 29 de octubre y el 4 de noviembre se desarrollaron 21 encuentros virtuales, uno por cada subgrupo temático, con una participación estimada de entre 210 y 315 personas. Estos espacios generaron relatorías que contribuyeron directamente al trabajo desarrollado durante la jornada presencial.

La jornada nacional del 10 de noviembre reunió a instituciones del Estado y organizaciones sociales en el principal espacio de intercambio de la Acción País por la Salud Mental. Durante la mañana, seis mesas temáticas trabajaron con insumos elaborados en semanas previas, identificando prioridades, brechas y acciones para avanzar en el modelo comunitario. Los grupos coincidieron en la necesidad de fortalecer la intersectorialidad, mejorar la accesibilidad, consolidar la formación continua y reforzar el primer nivel de atención.

En paralelo, más de 200 *posters* expuestos en el SODRE dieron visibilidad a experiencias comunitarias de todo el país, mostrando la diversidad territorial y el compromiso social en salud mental.

Por la tarde se presentaron los consensos interinstitucionales alcanzados, centrados en fortalecer la rectoría del MSP, ampliar las acciones de promoción y prevención, mejorar la calidad de la atención y avanzar hacia una reorganización territorial y basada en derechos. Las autoridades destacaron el valor estratégico del proceso participativo y reafirmaron el carácter prioritario de la salud mental para el país.

La jornada cerró integrando todos los aportes generados: las 275 propuestas ingresadas, su análisis técnico, los 21 grupos virtuales, las mesas temáticas y las relatorías. Esta síntesis constituye un insumo clave para orientar la hoja de ruta nacional y consolidar acuerdos para la Estrategia de Salud Mental 2025-2030.

En conjunto, el proceso produjo un volumen inédito de insumos para la política pública en Salud Mental: más de 200 propuestas categorizadas, centenares de *posters*, 21 relatorías temáticas, documentos técnicos elaborados en mesas presenciales y un amplio conjunto de materiales que nutren la síntesis nacional y los capítulos siguientes del presente documento. Esta producción confirma el alcance nacional, la vocación participativa y el carácter multisectorial de la Acción País por la Salud Mental, y constituye una base sólida para orientar la implementación de las políticas públicas en la materia.

Análisis cualitativo del proceso

La jornada del 10 de noviembre permitió consolidar un conjunto amplio y diverso de miradas sobre la Salud Mental.¹ A partir de las relatorías elaboradas por cada grupo temático y de los intercambios generados en los encuentros virtuales previos, se construyó un análisis cualitativo que integra diagnósticos, demandas, tensiones y oportunidades para orientar la política pública del MSP. Este capítulo organiza esos aportes siguiendo una estructura que incluye, en primer lugar, los temas transversales, en segundo lugar, una lectura detallada por eje temático, en tercer lugar, la identificación de consensos fuertes, las tensiones observadas y los nudos críticos que emergen como desafíos prioritarios para la rectoría.

5.1. Temas transversales emergentes

La lectura de las relatorías muestra un conjunto de ideas que se repiten con matices propios en los cinco ejes temáticos trabajados. Una de las más persistentes es la necesidad de consolidar un modelo comunitario de salud mental, asentado en un enfoque de derechos y con fuerte énfasis en la vida en comunidad. La desinstitucionalización aparece como un horizonte ineludible, acompañado de la convicción de que la salud mental no puede reducirse a la atención clínica, sino

¹ La jornada finaliza los trabajos iniciados el 10 de octubre, sintetizando la discusión de los 21 grupos virtuales, más las presentaciones de *posters*.

que debe contemplar dimensiones como la vivienda, la educación, el trabajo, la cultura y la participación.

Otra preocupación transversal es la desigualdad territorial. En todos los grupos se insistió en las demoras en el acceso, la falta de especialistas, la ausencia de dispositivos cercanos en muchos departamentos y la sobrecarga de determinados espacios del sistema. Se plantea que la equidad territorial implica no solo contar con dispositivos formales, sino asegurar su capacidad instalada, su continuidad y la presencia efectiva de equipos en territorio.

Asimismo, la fragmentación institucional aparece como un problema histórico que aún no encuentra solución definitiva. Las superposiciones entre instituciones, la falta de articulación real entre sectores como salud, educación, desarrollo social, justicia y gobiernos locales, y la ausencia de protocolos comunes dificultan la continuidad de los procesos de salud mental. Aunque la intersectorialidad es un mandato legal y discursivo consolidado, falta avanzar hacia su institucionalización práctica.

A ello se suma un déficit persistente en la gestión humana. Escasean perfiles especializados, especialmente en el interior; se registra una mala distribución de los recursos, condiciones de trabajo que favorecen el *burnout* y ausencia de dispositivos de cuidado para quienes cuidan. Se demanda formación específica en salud mental, tanto para los actores sanitarios como para otros sectores del Estado.

Los participantes también destacaron los vacíos existentes en rectoría, gobernanza y sistemas de información. La falta de planificación ordenada de dispositivos, las dificultades para implementar plenamente la Ley de Salud Mental, la ausencia de un sistema de información unificado y las debilidades en fiscalización y monitoreo conforman un diagnóstico compartido. Finalmente, aparece en todos los ejes la centralidad de la prevención, la promoción y la participación comunitaria. La idea de que “hay que llegar antes” se reitera en las propuestas de trabajo con escuelas, liceos, clubes, barrios y espacios laborales, con un rol destacado para la juventud y las comunidades organizadas.

Estos temas transversales constituyen el telón de fondo desde el cual se organiza la lectura específica de cada eje temático.

5.2. Lectura por eje temático

Atención: modelo integral a lo largo del ciclo de vida

En el eje Atención, las discusiones se centraron en la construcción de un modelo comunitario capaz de acompañar a las personas en todas las etapas del ciclo vital. La gestación, la primera infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez fueron analizadas con objetivos y acciones propias, subrayando la importancia de la continuidad del cuidado.

La desinstitucionalización se reafirma como un imperativo ético y técnico. La sustitución de dispositivos asilares por servicios de cercanía, apoyos personalizados, viviendas con apoyos y dispositivos intermedios constituye un consenso firme. Junto con ello, la accesibilidad emerge como un problema persistente: las listas de espera, las distancias geográficas y la desigual distribución de recursos humanos generan inequidades notorias, especialmente en el interior.

Los determinantes sociales —pobreza, desigualdad, precariedad laboral, aislamiento, exclusión educativa— son señalados como factores que condicionan tanto la demanda como los resultados en salud mental. Una atención integral requiere un abordaje articulado. Del mismo modo, se reconoce la necesidad de una mayor participación de familias, usuarios y comunidad en la planificación, implementación y seguimiento de los dispositivos, evitando abordajes centrados solo en síntomas.

El eje converge en un entendimiento claro: ampliar camas o aumentar consultas no constituye, por sí solo, una transformación del modelo. La orientación comunitaria, intersectorial y basada en derechos es la dirección hacia donde debe avanzar el sistema.

Gestión humana, formación y capacitación

Las discusiones sobre gestión humana revelaron un déficit generalizado de recursos especializados, agravado por su mala distribución territorial. La escasez de psiquiatras, psicólogos clínicos, acompañantes terapéuticos y equipos interdisciplinarios se percibe como un obstáculo estructural para cambiar el modelo.

Se identificó, además, una necesidad urgente de formación transversal en salud mental para todo el sistema sanitario y para trabajadores de sectores como educación, seguridad, justicia, empresas y servicios sociales. Paralelamente, el *burnout* y la sensación de deshumanización fueron mencionados con preocupación: muchos equipos sienten que no cuentan con acompañamiento, supervisión ni espacios de cuidado emocional.

El grupo también subrayó la importancia de mejorar los marcos institucionales para la formación, regulando la calidad y orientación de las ofertas académicas e incorporando contenidos vinculados al modelo comunitario y a los determinantes sociales. Se planteó, asimismo, la necesidad de reconocer saberes experienciales y comunitarios, integrando a “expertos por experiencia” y actores territoriales.

El mensaje de este eje es contundente: sin una política robusta de recursos humanos —que incluya formación, distribución, incentivos, condiciones de trabajo y cuidado de equipos— la transformación del modelo será inviable.

Rectoría y Gobernanza

En el eje de rectoría, las direcciones departamentales de salud y otros referentes señalaron avances en la reglamentación de la Ley de Salud Mental, pero también reconocieron que quedan puntos sensibles sin implementar. La complementación público-privada genera tensiones, especialmente en dispositivos de internación y estadías prolongadas, donde ASSE suele absorber la mayor carga.

La rectoría en el primer nivel de atención aparece debilitada. Falta claridad sobre la organización del territorio, el rol de los diferentes niveles y quién toma decisiones en cada tramo. También se reclama una planificación nacional clara de los dispositivos previstos por la Ley, incluyendo criterios de cantidad, localización y recursos.

Las debilidades en sistemas de información y monitoreo fueron señaladas como un problema estructural. La falta de un sistema integrado y seguro limita la capacidad de planificar, evaluar y regular la implementación del modelo.

El eje concluye reclamando una rectoría fuerte, no solo normativa sino también operativa, con capacidad de conducir, ordenar, regular y evaluar.

Interinstitucionalidad e intersectorialidad

Este grupo analizó la compleja interacción entre instituciones de salud, educación, desarrollo social, justicia, gobiernos locales y sociedad civil. Se observó que muchas personas son atendidas simultáneamente por distintas instituciones que no se comunican entre sí, generando duplicaciones, vacíos y trayectorias que se transforman en rutas de “peregrinación institucional”.

La necesidad de realizar un mapeo nacional de recursos y servicios aparece como un paso clave para ordenar y coordinar. Se señaló que la intersectorialidad se sostiene más por la buena disposición de actores locales que por estructuras formales estables. Por ello se propuso que la intersectorialidad sea entendida como una responsabilidad obligatoria, regulada, institucionalizada y sostenida.

También se destacó el rol de la sociedad civil, cuyas experiencias innovadoras muchas veces no son incorporadas de manera plena por el Estado. Finalmente, se señaló la tensión entre centralización y territorio: se demanda un marco nacional claro, pero acompañado de la autonomía necesaria para adaptarse a realidades locales.

Promoción, prevención y participación comunitaria

Este eje fue el que reunió mayor diversidad de participantes. Las discusiones señalaron una comprensión amplia de la salud mental como derecho humano y bien colectivo, inseparable de las condiciones de vida y de la participación social.

El sistema educativo y los espacios de socialización temprana fueron identificados como lugares privilegiados para la prevención. Adolescentes y jóvenes, en particular, se reconocieron como protagonistas en la generación de iniciativas, programas y espacios de escucha.

Las campañas públicas sostenidas fueron presentadas como una necesidad urgente para combatir el estigma y visibilizar recursos. También se destacó la importancia de crear espacios comunitarios de escucha y apoyo que no requieran derivación médica y que estén situados en espacios cercanos, como centros comunales, policlínicas o clubes.

La figura de agentes comunitarios y educadores sociales fue reconocida como central en la prevención, a la vez que se insistió en la necesidad de fortalecer su formación y su reconocimiento institucional. Este eje reafirma que la promoción y la prevención no pueden verse como dimensiones accesorias, sino como pilares de la política de salud mental.

5.3. Consensos fuertes del proceso, tensiones, nudos críticos

El proceso participativo permitió alcanzar consensos sólidos. La salud mental fue asumida como un derecho humano y una responsabilidad colectiva. El modelo de abordaje a consolidar es comunitario, territorial, intersectorial y basado en derechos. También existe acuerdo en que el fortalecimiento del primer nivel de atención es indispensable y que la política no puede centrarse en la internación.

Se reafirma que la prevención y la promoción requieren continuidad, planificación y especial atención al ámbito educativo y comunitario.

La mala distribución y el déficit de recursos humanos son temas urgentes que demandan políticas específicas. La intersectorialidad, para ser efectiva, debe institucionalizarse con estructuras, protocolos y responsabilidades claras. Finalmente, se destacó la necesidad de contar con sistemas de información y evaluación sólidos que permitan regular y monitorear la implementación de la Ley y del Plan Nacional.

El análisis también reveló tensiones relevantes. Una de ellas es la tensión entre el modelo clínico y el modelo comunitario-preventivo. Existe preocupación por la sobrecarga del sistema clínico y por la posibilidad de que la prevención quede relegada. Otra tensión relevante es la relación entre centralización y autonomía territorial: se valora un marco nacional fuerte, pero se exige flexibilidad para responder a las particularidades de cada departamento.

También se discute cómo articular la profesionalización con los saberes comunitarios y experienciales, y cómo asignar recursos en un contexto donde las expectativas son amplias pero los recursos limitados. Estas tensiones no deben interpretarse como obstáculos, sino como puntos de decisión política que requieren abordaje explícito.

El proceso permitió identificar nudos críticos que deberían ser considerados por el MSP. La gobernanza del primer nivel de atención es uno de ellos: falta fortalecer recursos, protocolos, formación y mecanismos de seguimiento. Asimismo, se requiere un plan nacional para la migración e implementación de los nuevos dispositivos previstos en la Ley, definiendo criterios territoriales y de recursos.

La ausencia de un sistema de información integrado constituye una limitación seria. Se necesita desarrollar indicadores específicos, con discriminación por gravedad y mecanismos de análisis sistemático. En materia de recursos humanos, el déficit profesional, la desigualdad territorial y el burnout requieren una política integral de formación, incentivos, distribución y cuidado.

La intersectorialidad, para dejar de ser un discurso, debe convertirse en estructura con mecanismos estables de coordinación. Finalmente, la promoción y la prevención, especialmente orientadas a juventudes y a la comunidad, representan una oportunidad para construir una agenda nacional sostenida y de impacto.

Desde la perspectiva de la rectoría, la Acción País aportó valor estratégico en varios sentidos. Validó diagnósticos ya existentes, pero con una legitimidad social y territorial renovada. Incorporó miradas frescas y diversas, especialmente provenientes de juventudes, organizaciones comunitarias y equipos de base. Generó un lenguaje compartido sobre modelo comunitario, intersectorialidad, promoción y derechos. Además, produjo insumos concretos para la planificación: prioridades, acciones, demandas institucionales y propuestas de cambio.

.....

Síntesis de propuestas y consensos

El capítulo 6 constituye la síntesis nacional del proceso Acción País por la Salud Mental. Esta síntesis recoge, integra y articula los aportes provenientes de las 275 propuestas presentadas por organizaciones, de los 21 grupos virtuales de trabajo, de las seis mesas temáticas desarrolladas el 10 de noviembre y de las relatorías completas elaboradas para cada eje. El propósito de este capítulo es presentar de forma estructurada los consensos estratégicos, las prioridades, los problemas críticos y las líneas de acción que emergieron del proceso.

6.1. Ejes estratégicos emergentes

Si bien el proceso participativo se organizó inicialmente en torno a cinco ejes temáticos, el análisis nacional reveló que las propuestas y acuerdos tienden a agruparse en cuatro grandes áreas de cambio estructural. La primera de ellas es la transformación del modelo de atención hacia un enfoque comunitario y territorial, que aparece como el núcleo más denso y consensuado del proceso. La segunda se concentra en la gobernanza, la rectoría, la planificación y la regulación del sistema, áreas donde existe un diagnóstico unánime acerca de la necesidad de fortalecer el rol rector del MSP. La tercera refiere a la intersectorialidad como infraestructura permanente del sistema, superando la lógica de declaraciones para constituirse en dispositivos estables de articulación entre sectores. Y la cuarta aborda la promoción, la prevención y la participación comunitaria sostenida como pilares fundamentales para que el país pueda avanzar hacia una política pública integral.

6.2. Transformación hacia un modelo comunitario

Este eje concentra la mayor cantidad de propuestas y acuerdos, y es considerado por actores institucionales, técnicos y comunitarios como necesario, urgente y viable, aunque no garantizado sin una rectoría clara, una planificación adecuada y recursos suficientes. Los distintos grupos de trabajo coincidieron en que la transición al modelo comunitario debe asegurar la continuidad del cuidado a lo largo de todo el ciclo vital. Las demandas más fuertes se ubicaron en áreas como la salud mental perinatal, la primera infancia y la adolescencia, mientras que también surgieron preocupaciones específicas vinculadas al aislamiento de personas mayores y a las personas con condiciones de salud mental persistentes.

La sustitución progresiva de los dispositivos asilares constituye otro punto de acuerdo generalizado. Se identificó la necesidad de abandonar las internaciones prolongadas, los dispositivos cerrados y las lógicas de atención centradas exclusivamente en el número de camas, para avanzar hacia viviendas con apoyos, equipos comunitarios móviles, dispositivos de rehabilitación psicosocial y apoyos dirigidos a familias y cuidadores. En la misma dirección, se subrayó que el primer nivel de atención debe ocupar el eje central del nuevo modelo. Los actores insistieron en que “el modelo comunitario empieza en el territorio, no en el hospital”, y que se requiere más tiempo profesional en el primer nivel, formación en salud mental comunitaria, protocolos claros y equipos territoriales multidisciplinarios.

Otro elemento que emergió con fuerza fue la integración efectiva de los determinantes sociales. La salud mental se concibe como un fenómeno profundamente atravesado por factores como pobreza, desigualdad, violencia, acceso a vivienda, aislamiento social, consumo problemático y trayectorias educativas o laborales. En consecuencia, el modelo debe incorporar estos determinantes de forma estructural, superando enfoques exclusivamente clínicos. Finalmente, se reafirmó la necesidad de reconocer la participación de familias, cuidadores, usuarios y organizaciones barriales como parte constitutiva del cuidado, apostando a una comunidad que se define como coproductora del proceso de atención.

6.3. Gobernanza, rectoría, planificación y regulación

A lo largo de las mesas temáticas y las relatorías se consolidó un diagnóstico compartido: la rectoría del sistema requiere un fortalecimiento profundo. En particular, existe amplio consenso sobre la necesidad de avanzar en la implementación plena de la Ley 19529, lo cual implica acelerar la reglamentación de aspectos pendientes, clarificar funciones de contralor, ordenar los dispositivos en función de criterios de calidad y pertinencia, y revisar los mecanismos de complementación entre los sectores público y privado.

El proceso reveló una demanda clara por una planificación nacional de dispositivos de salud mental comunitaria. Los actores señalaron la necesidad de saber cuántos dispositivos requiere el país, dónde deberían ubicarse, qué equipos deben integrarlos, bajo qué criterios de calidad deben funcionar y cuáles serán los mecanismos de monitoreo. Los sistemas de información surgieron también como un tema crítico. Se reclamó un sistema único e interoperable, que incluya indicadores de calidad y oportunidad, seguimiento de trayectorias y mecanismos de integración efectiva entre prestadores públicos y privados.

En materia territorial, se destacó que las Direcciones Departamentales de Salud y los equipos locales necesitan directrices claras, recursos suficientes y capacidad efectiva de articulación. Asimismo, requieren mecanismos estables de reporte y retroalimentación que permitan fortalecer su papel en la gobernanza territorial.

6.4. Intersectorialidad como infraestructura del sistema

Los actores coinciden en que la intersectorialidad es imprescindible para avanzar en salud mental y que, si bien figura en todos los marcos normativos, su expresión práctica es todavía débil y fragmentada. El proceso permitió identificar la necesidad de construir mesas territoriales intersectoriales estables, integradas por salud, educación, desarrollo social, infancia y adolescencia, justicia, trabajo, gobiernos departamentales y organizaciones de la sociedad civil. También se propuso elaborar protocolos y circuitos claros entre sectores, especialmente para situaciones de crisis, episodios de violencia,

intentos de autoeliminación, consumo problemático y problemáticas vinculadas a la adolescencia.

Antes de coordinar acciones, los participantes insistieron en la necesidad de un mapeo nacional preciso de recursos. Este debe permitir comprender qué existe en cada territorio y evitar la fragmentación en la atención. Del mismo modo, se solicitó promover una coordinación efectiva entre niveles nacional, departamental y local que permita minimizar duplicaciones, fragmentaciones y los “peregrinajes institucionales” que frecuentemente enfrentan usuarios y familias.

6.5. Promoción, prevención y participación comunitaria sostenida

Este eje resultó ser el más dinámico del proceso, concentrando la mayor cantidad de propuestas. Se destacó que la promoción del bienestar emocional y la prevención de problemas de salud mental deben tener un fuerte anclaje en el sistema educativo. Escuelas, liceos, UTU y centros juveniles fueron mencionados como espacios clave para la prevención.

El protagonismo de adolescentes y jóvenes surgió como un fenómeno transversal en todas las relatorías. Jóvenes que proponen, participan y demandan un rol activo en la construcción del cambio. Paralelamente, se reclamaron espacios comunitarios accesibles que no requieran derivación médica: salas de escucha, programas de pares, grupos comunitarios, equipos de cercanía y otros espacios barriales de apoyo.

El país requiere campañas nacionales sostenidas que aborden la desestigmatización, utilicen lenguajes adecuados para adolescentes y jóvenes, y difundan de forma clara los recursos disponibles. Finalmente, se destacó el rol estratégico de agentes comunitarios y educadores sociales, cuya labor requiere formación, validación formal y una articulación efectiva con los equipos de salud mental.

Conclusiones

La Acción País por la Salud Mental constituyó un hito sin precedentes en la construcción participativa de la política pública de salud mental en Uruguay. El proceso combinó una amplia convocatoria territorial, una metodología estructurada y un trabajo colaborativo entre instituciones del Estado, organizaciones sociales, colectivos comunitarios, academia y actores del sistema de salud, generando un movimiento de reflexión, diálogo y construcción de propuestas.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que **Uruguay cuenta hoy con una base sólida para avanzar hacia la transformación integral del modelo de atención en salud mental**, con fuerte anclaje comunitario, intersectorial y centrado en derechos humanos. Las conclusiones centrales del proceso pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

1. Existió un consenso amplio y transversal sobre la necesidad de consolidar el modelo comunitario.

La evidencia recogida en las relatorías y en los grupos de trabajo confirma que el tránsito desde un modelo centrado en el hospital hacia uno territorial-comunitario, preventivo y de cercanía es **indispensable para garantizar la calidad, la equidad y la continuidad del cuidado**. La demanda surge con especial fuerza desde los territorios, los equipos técnicos y las organizaciones de base.

2. La promoción y prevención deben convertirse en políticas permanentes de Estado.

La comunidad —especialmente las juventudes— expresó con claridad que la salud mental se construye en escuelas, liceos, espacios

comunitarios, organizaciones sociales, actividades deportivas y culturales, y no solo en el sistema sanitario. Se requiere una agenda nacional sostenida, con recursos, campañas, formación y dispositivos accesibles.

3. La intersectorialidad debe pasar de declarativa a estructural.

Las propuestas evidencian que los problemas críticos de salud mental están indisolublemente ligados a vivienda, educación, trabajo, protección social, justicia, género y generaciones. Se necesita una arquitectura estable de coordinación intersectorial, con responsabilidades, protocolos y seguimiento.

4. La rectoría del MSP debe fortalecerse para ordenar la transformación del sistema.

El proceso puso en evidencia la importancia de contar con una rectoría fuerte, capaz de planificar dispositivos, regular la complementación público-privada, impulsar la implementación de la Ley 19529 y liderar los procesos territoriales. La gobernanza multinivel (nacional-departamental-local) debe consolidarse.

5. Los recursos humanos son el pilar de la sostenibilidad del cambio.

La distribución desigual de profesionales, la sobrecarga en la atención, la falta de perfiles comunitarios y la necesidad de formación permanente emergen como desafíos centrales. Se requieren políticas activas de formación, acreditación, supervisión, incentivos y cuidado de los equipos.

6. La participación comunitaria constituye un valor estratégico del país.

La Acción País mostró la riqueza, diversidad y creatividad de organizaciones, colectivos y actores locales que trabajan en salud mental desde una perspectiva comunitaria. Su integración al diseño e implementación de políticas es, además de deseable, necesaria.

7. El proceso generó insumos robustos para la política pública en Salud Mental.

Los consensos, tensiones, propuestas y recomendaciones surgidas del proceso constituyen una base sustantiva para el diseño final de la política pública en Salud Mental, aportando legitimidad, evidencia cualitativa y prioridades compartidas.

En suma, la Acción País por la Salud Mental permitió **escuchar la voz de los territorios, integrar la diversidad de actores del país y articular una visión común sobre los cambios necesarios en salud mental**. El desafío hacia adelante es convertir estos acuerdos en **acciones concretas**, con recursos, planificación, monitoreo y participación sostenida.

El Ministerio de Salud Pública asume el compromiso de avanzar en esta dirección, liderando la implementación de un modelo de salud mental más justo, solidario, comunitario y centrado en derechos, que contribuya al bienestar y al desarrollo humano de todas las personas que viven en Uruguay.

Perspectiva

- Acción País 2025 sienta las bases sólidas de un proceso participativo de gestión de una política gubernamental prioritaria.
 - Brinda aval social a las acciones futuras.
 - Consolida un proceso de sostén institucional, articulación territorial, así como posible financiación de proyectos comunitarios.
 - Determina la necesidad de desarrollar una estructura de monitoreo y evaluación constante de las acciones.
 - Finalmente, compromete al MSP a brindar informes, a dar explicaciones del proceso futuro.
-

Referencias del documento

1. Documentos institucionales generales

Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2025).

ACCIÓN PAÍS POR LA SALUD MENTAL.docx. Documento marco institucional de presentación general de la iniciativa.

Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2025).

ACCIÓN PAÍS POR LA SALUD MENTAL – Propuesta general.docx.

Descripción conceptual de la iniciativa, ejes, criterios y proceso de trabajo.

2. Documentos metodológicos del proceso Acción País

DIGESA – Programa Nacional de Salud Mental / DEMPESA – DIGESNIS (2025).

Acción país – propuesta metodológica 10 de noviembre.

Documento de pautas para el trabajo del encuentro presencial del 10/11.

DIGESA – Programa Nacional de Salud Mental (2025).

Propuesta metodológica para tutorías y relatorías – encuentros virtuales Acción País.

Documento de referencia para el trabajo en 21 grupos virtuales.

DEMPESA / DIGESNIS / DIGESA (2025).

Taller poster (material PDF).

Bases metodológicas del taller virtual para elaboración de *posters*.

3. Relatorías del proceso (jornada del 10 de noviembre)

Relatoría G1 – Atención integral basada en el enfoque comunitario.

Archivo utilizado: *Relatoría G1 - Atención.docx*

Relatoría G2A – Gestión humana, formación y capacitación.

Archivo utilizado: *Relatoría G2A - Gestión Humana.docx*

Relatoría G2B – Rectoría y Gobernanza.

Archivo utilizado: *Relatoría G2B - Rectoría y gobernanza.docx*

Relatoría G3 – Interinstitucionalidad / Intersectorialidad.

Archivo utilizado: *Relatoría G3 - Interinstitucionalidad.docx*

Relatorías G5 y G6 – Promoción, prevención y participación comunitaria.

Archivo utilizado: *Relatoria G5y6 - Promoción.pdf*

4. Presentaciones institucionales

Ministerio de Salud Pública (2025).

Acción País – Jornada Nacional 10/11- Presentación en PowerPoint.

Archivo utilizado: *Acción País 10_11 TARDE.pptx*

5. Bases de datos y planillas utilizadas para análisis cuantitativo

Base 1 – Propuestas categorizadas por eje temático.

Planilla con 275 propuestas categorizadas por eje.

Archivo utilizado: *Propuestas por eje.xlsx*

Base 2 – Registro completo de 256 propuestas.

Planilla con datos generales de todas las propuestas: tipo de organización, departamento, eje declarado, etc.

Archivo utilizado: *Unida_256_2_16_9_25.xlsx*

6. Documentos de estructuración y síntesis del documento

MSP (2025).

Índice de síntesis institucional - borrador inicial.

Documento base para la estructura del informe institucional.

Archivo utilizado: *índice_1_24_11_2025.docx*

7. Otros insumos complementarios

Además de los archivos adjuntos, se utilizaron:

- *Documentos normativos nacionales:* Ley 19529 de Salud Mental (2017), Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 20212025.
- Discursos institucionales del MSP y comunicaciones públicas sobre Acción País (20242025).
- Texto conceptual del proceso Acción País, incluido en documentos metodológicos.



Dirección:
Avda. 18 de Julio
1892, Montevideo,
Uruguay.
Teléfono: 1934



msp.gub.uy