



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República Uruguay

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Ciencia Política

Monografía final

Licenciatura en Ciencia Política

**Políticas públicas de salud mental:
Desde la Ley de Salud Mental 2018 hasta la actualidad 2025**

Paulina Torres Torello

Tutor: Dr. Guillermo Fuentes

Índice

1- Introducción	4
2- Marco teórico.....	7
3- La construcción política de la Ley de Salud Mental: actores, intereses y contexto previo.....	17
4- Ley de Salud Mental N° 19529	21
a) Contexto y aprobación de la Ley N.º 19.529	21
b) Proceso Parlamentario	23
c) Articulado aprobado	25
5- Implementación de la ley: Políticas Públicas en Salud Mental	26
a) Desde 2018 hasta la actualidad.....	26
b) Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027	31
c) Implementación y Brecha de las Políticas Públicas de Salud Mental	35
6- Conclusiones	41
Bibliografía.....	45

Glosario de siglas

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CNCASM	Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental
DDHH	Derechos Humanos
INDHH	Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo
LSM	Ley de Salud Mental
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MI	Ministerio del Interior
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
MVOT	Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNSM	Plan Nacional de Salud Mental
SM	Salud Mental
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud

Resumen

En el año 2018 fue reglamentada la Ley de Salud Mental N° 19.529, durante el gobierno del presidente Dr. Tabaré Vázquez, perteneciente al partido político Frente Amplio. Sugiero destacar los aspectos más relevantes de la Ley y cómo fue su proceso de aprobación. El objetivo es describir a partir de esta ley, las políticas públicas en materia de Salud Mental desarrolladas a partir de dicha ley, prestando especial atención a su formulación, evolución y posible implementación en el período posterior. Además de describirlas, es importante verificar si las mismas fueron implementadas, y en caso de que haya habido una implementación, poder evaluar la brecha de la implementación de las Políticas Públicas.

En esta línea, el interés no radica en describir una política consolidada, sino en indagar las razones por las cuales su desarrollo ha sido parcial o incipiente. Contar con un marco legal sólido no garantiza por sí mismo su traducción operativa, por lo que resulta necesario explorar las condiciones políticas, institucionales y administrativas que pueden haber condicionado o limitado su implementación. Este enfoque permite comprender la salud mental como un campo de disputa y tensiones, donde los avances normativos no siempre logran transformarse en acciones efectivas.

El período al cual hace referencia esta monografía corresponde a los últimos años del gobierno del Frente Amplio, y al período de gobierno de la coalición de derecha, liderado por el Partido Nacional.

Por último, es relevante señalar que, durante la reciente campaña electoral en 2024, la problemática de la salud mental fue mencionada por diversos actores políticos, lo que contribuyó a una mayor visibilidad del tema en el debate público. Además, si bien con distintos enfoques y niveles de profundidad, los partidos políticos incluyeron la salud mental en sus programas de gobierno, señalando al menos una intención inicial de contemplar esta problemática en su agenda.

1) Introducción

En el año 2018, durante la segunda presidencia del Dr. Tabaré Vázquez (Frente Amplio), entró en vigor la nueva Ley de Salud Mental (N° 19.529) (LSM). Esta ley ha sido considerada un avance significativo en el ámbito de la salud mental (SM), en línea con los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las normativas internacionales de derechos humanos (DDHH), lo cual representa un importante avance hacia un sistema de SM más inclusivo, comunitario y basado en los DDHH.

El proceso de aprobación de esta Ley, promulgada en diciembre de 2017, fue un esfuerzo complejo y prolongado, que involucró múltiples actores, incluyendo el gobierno, Poder Ejecutivo, es decir, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y Presidencia, además de organizaciones de la sociedad civil, expertos en SM, representantes del sector salud y partidos políticos. La SM es definida según la OMS como un “estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades, es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2022). De acuerdo a esta definición, la salud mental nos permite ser conscientes de las propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida y contribuir con nuestra sociedad. Las políticas públicas en esta área abarcan acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y deben desarrollarse en el marco de un sistema normativo que establezca metas realistas y garanticen el ejercicio pleno de los derechos.

Es fundamental utilizar la LSM N° 19.529 de 2017 como base para este estudio, ya que representa un hito en la construcción de un enfoque integral y respetuoso de los DDHH en el ámbito de la SM en Uruguay. Esta ley introduce principios clave como la desinstitucionalización, la atención comunitaria y el respeto por la autonomía de las personas, lo que marca un cambio significativo respecto a los modelos anteriores. Además, establece un marco normativo que permite un acceso más equitativo y universal a los servicios de SM, integrándose al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Partir de esta ley como mojón en la investigación es esencial, ya que proporciona el contexto legal y estructural necesario para analizar la evolución y los desafíos de las políticas públicas en SM en el país, permitiendo una evaluación crítica sobre su implementación y efectividad en el tiempo.

La evolución de las políticas públicas en SM en Uruguay ha sido marcada por momentos clave que reflejan un proceso de transformación en la atención y comprensión de los trastornos mentales. La Ley de Salud Mental de 1936 (Ley N° 9.581) fue el primer intento significativo de regular la atención psiquiátrica en el país, pero con un enfoque centrado en la institucionalización, “La inspección general y vigilancia de la asistencia particular y oficial de enfermos psíquicos de todo el país dependerá del Ministerio de Salud Pública y, estará a cargo de un Inspector General de Psicópatas” (Artículo 38, Ley N° 9.581). Un nuevo hito se produjo en 1986 con la formulación del Plan Nacional de Salud Mental, que planteó una reorientación del modelo asistencial, promoviendo el desarrollo de servicios comunitarios y la descentralización de la atención, en línea con los principios de la atención primaria de salud. Aunque su implementación fue limitada, marcó el inicio de un cambio en la concepción de la SM en las políticas públicas nacionales. Según González Lázaro (2020), el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 no se implementó plenamente debido a la falta de recursos y voluntad política. En 2008, con la creación del SNIS, se dio un paso importante hacia la integración de la SM en el sistema de salud general, buscando una atención más accesible y universal. Posteriormente, la aprobación de la Ley N.º 19.529 en 2017 representó un cambio sustancial en el enfoque de las políticas públicas en SM.

El objetivo del Sistema de Salud, según la LSM N° 19.529, es alcanzar el más alto nivel de vida posible de todas las personas usuarias de los servicios de SM, priorizando sus vínculos familiares, el derecho a la vida social, el esparcimiento, la educación, la vivienda y las oportunidades laborales. Remarcando la autodeterminación, la adquisición de niveles de autonomía progresivos en el proceso de rehabilitación, el consentimiento libre e informado como base del tratamiento y la libre elección de las personas usuarias de los servicios de SM, basándose en razones terapéuticas debidamente fundadas.

También la LSM aborda el consumo problemático de sustancias psicoactivas, agregando la especificación de su naturaleza multidimensional y con una perspectiva integral se une al elenco de las problemáticas a tratar por políticas de SM a implementar en nuestro país. Esta investigación busca identificar si las políticas públicas que surgieron a raíz de la ley tuvieron impacto en la atención de la SM, y si los cambios estructurales propuestos se han realizado de forma efectiva.

Para esto es necesario evaluar el proceso de implementación de la Ley; analizando el grado de cumplimiento de los principios de esta, identificando los desafíos que se presentan, tanto de aplicación de las políticas públicas como la financiación, la capacitación de profesionales y la adecuación del sistema de salud, además de explorar la percepción de los principales actores involucrados sobre los cambios generados por la ley.

La SM es una arena de política pública relevante por varias razones claves, que abarcan desde el impacto directo sobre el bienestar individual y colectivo hasta las consecuencias económicas y sociales más amplias. El "Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación", publicado en 2006, se destaca por entender la SM desde el componente esencial del bienestar humano. Desde la calidad de vida de las personas, su afectación o no en la capacidad para trabajar, estudiar, relacionarse con los demás y participar activamente en la sociedad.

Cuando no se brinda la atención adecuada a la SM, se generan consecuencias a nivel personal, familiar y social, lo que convierte este campo en un tema crítico para las políticas públicas. Es por eso por lo que invertir en SM no solo mejora la vida de los individuos, sino que también fortalece el tejido social, reduciendo el aislamiento, la exclusión y el estigma. (Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020, de la OMS)

En el Manual mencionado anteriormente, se hace énfasis en que la SM está profundamente relacionada con los DDHH, debido a que las personas con trastornos mentales a menudo enfrentan discriminación, estigmatización y violaciones de sus derechos, incluyendo el acceso limitado a los servicios de salud, la internación involuntaria en instituciones psiquiátricas y la falta de reconocimiento de su capacidad de tomar decisiones sobre su propia vida. Las políticas públicas deben enfocarse en proteger los derechos de estas personas, promoviendo un modelo de atención basado en la dignidad, la autonomía y la inclusión social.

Es por esto, que la SM es relevante porque tiene un impacto profundo y multidimensional en el bienestar individual, la cohesión social, la productividad económica y los DDHH. Entonces, ignorar o subestimar la importancia de la SM genera costos elevados para las personas, las familias y la sociedad en su conjunto. Por ello, los gobiernos deberían priorizar la SM dentro de sus políticas públicas, asegurando un enfoque integral que promueva la prevención, el

tratamiento, la igualdad de acceso y el respeto a los DDHH, con el fin de construir sociedades más saludables y justas.

La metodología utilizada es de tipo cualitativo y descriptivo, centrándose en un estudio de caso. Esto implica que el estudio se enfocará en describir las políticas públicas en SM, su evolución y su implementación en el contexto uruguayo, y resultados a partir de documentos, informes y datos secundarios. Esto permitirá obtener una visión integral de la efectividad de las políticas públicas en SM y de los retos que aún persisten.

2) Marco teórico

Definición de políticas públicas

Las políticas públicas pueden definirse como el conjunto de acciones deliberadas que emprenden los gobiernos con el objetivo de intervenir en distintas áreas de la sociedad. Estas acciones responden a decisiones estratégicas destinadas a regular, proveer, redistribuir o influir en determinados comportamientos o problemáticas. En este sentido, Meny y Thoenig (1992) las describen como “el resultado de actividades organizadas por autoridades investidas de poder y legitimidad gubernamental” (p. 89), subrayando su carácter institucional y planificado.

Una política pública, por tanto, constituye un programa de acción gubernamental orientado a sectores específicos de la sociedad o a áreas geográficas determinadas, tales como la salud, la educación o la seguridad (Meny y Thoenig, 1992, p. 91). Estas políticas se manifiestan tanto a través de instrumentos concretos —como leyes, reglamentos o servicios— como de acciones simbólicas —discursos, campañas o gestos institucionales—. En todos los casos, están guiadas por valores, finalidades o preferencias que pueden estar expresamente formuladas o implícitas, y que orientan el uso de recursos y herramientas para producir cambios en el orden social.

Tipología de las políticas públicas

Según Aguilar Villanueva (1992), en la literatura estadounidense, la perspectiva fundamental sobre la naturaleza de la política fue presentada por Theodore J. Lowi en 1964, en un artículo que sigue siendo un punto de referencia en la investigación, el debate teórico y la enseñanza. El autor en su referencia a Lowi, menciona que este propone un "marco de referencia" sobre la formulación de políticas, con la intención de ofrecer una visión más amplia e integrada que supere los enfoques tradicionales, logrando además una mayor consistencia empírica. Las

políticas no representan un simple ámbito jurídico o administrativo, sino que constituyen espacios de disputa en los que confluyen, negocian y compiten diversas fuerzas políticas. El análisis de las políticas públicas revela que, en una sociedad, los intereses de los distintos grupos pueden impulsar, frenar o modificar ciertos temas, lo que a su vez redefine alianzas, estrategias y posiciones en el escenario político. Es por eso que se generan, estabilizan o transforman estructuras de poder y correlaciones de fuerzas dentro de cada una de estas arenas.

Entonces, no existe una única política general ni una estructura de poder totalizadora que abarque por completo la sociedad. “Lowi las clasifica conforme a los impactos de costos y beneficios que los grupos de interés esperan de una política determinada. A él debemos la clasificación canónica de las políticas: regulatorias, distributivas, redistributivas. Cada una desarrolla una estructura política característica.” (Aguilar Villanueva, 1992, p.32)

Según Lowi, cada tipo de política pública (distributiva, regulatoria, redistributiva, constitutiva) desarrolla su propia estructura de poder y liderazgo. Su tipología ayuda a prever el nivel de conflictividad que puede surgir en el diseño e implementación de una política, vincula el análisis de las políticas públicas con teorías políticas más amplias, como las relacionadas con el poder, la autoridad y los conflictos. Cada tipo de política tiene objetivos específicos y formas particulares de éxito. Entender estas diferencias permite evaluar los resultados de manera más justa y precisa, considerando las características del tipo de política aplicada. Lowi revolucionó el análisis de políticas públicas al demostrar que no todas las políticas se comportan de la misma manera ni enfrentan los mismos desafíos, entonces poder incorporar su clasificación permite tanto a académicos como a tomadores de decisiones contar con una herramienta clave para entender y gestionar los procesos políticos y administrativos.

La clasificación que propone Lowi (1964) es la siguiente:

Políticas distributivas: estas políticas consisten en la asignación de recursos públicos divisibles a sujetos o grupos no rivales. Su naturaleza genera arenas relativamente pacíficas, donde las decisiones se caracterizan por; cuestiones no conflictivas que permiten acuerdos entre actores con intereses no antagónicos, liderazgos efímeros, surgidos por su capacidad de gestionar demandas concretas, acuerdos de apoyo mutuo que carecen de rivalidad intensa, ya que el acceso a los beneficios no implica necesariamente perjuicio para otros actores. Estas dinámicas hacen que las políticas distributivas tiendan a ser procesos con bajos niveles de conflicto político.

Políticas regulatorias: se desarrollan en arenas conflictivas, marcadas por intereses contrapuestos que giran en torno a cuestiones específicas. Estas políticas; generan conflictos derivados de intereses excluyentes que obligan a las partes a establecer coaliciones y transacciones para alcanzar acuerdos, los beneficios y perjuicios no son equitativos, por lo que las decisiones generan grupos afectados y beneficiados, los liderazgos en estas arenas se sustentan en la capacidad de formar coaliciones y negociar concesiones favorables.

Políticas redistributivas: son las más radicales, ya que abordan cuestiones fundamentales relacionadas con la propiedad, el poder y el prestigio social. Estas políticas tienden a; generar altos niveles de conflicto, similares a los enfrentamientos ideológicos descritos en las teorías marxistas de lucha de clases, resultando en arenas donde las transacciones son imposibles o marginales, debido al impacto significativo que tienen sobre amplios sectores de la población, desarrollar liderazgos permanentes, generalmente apoyados por organizaciones sociales y políticas sólidas que defienden intereses vitales. La implementación de estas políticas implica procesos de negociación entre el poder ejecutivo y organizaciones sociales fundamentales, dado que los cambios afectan de manera profunda la estructura social y económica.

Políticas constitutivas: posteriormente, Lowi añade esta categoría para referirse a políticas que modifican el régimen político o administrativo. Estas políticas se caracterizan por alterar la jurisdicción gubernamental, ampliándola o disminuyéndola, modificar el ejercicio de los derechos ciudadanos y las opciones de acción pública o privada, reestructurar el poder y la autoridad dentro del sistema político.

Ciclo de las políticas públicas

Adoptar el enfoque de ciclo en el estudio de las políticas públicas resulta relevante porque permite estructurar y comprender el proceso de toma de decisiones, desde la identificación de un problema hasta la evaluación de sus resultados. Si bien en la realidad las políticas no siempre siguen una secuencia lineal, este enfoque proporciona una herramienta analítica útil para identificar los actores involucrados, las dinámicas de poder y los factores que influyen en cada etapa. Además, ayuda a visualizar la continuidad y retroalimentación del proceso, evitando interpretaciones fragmentadas y resaltando la necesidad de un análisis integral de la acción pública. “Esta perspectiva cíclica de la política pública debe verse como un marco de referencia y no como un esquema rígido” (Subirats, 2008, p.42). Como afirma Muller: “la representación secuencial de las políticas no debe utilizarse de manera mecánica. Deberán más

bien imaginarse a las políticas públicas como un flujo continuo de decisiones y procedimientos a los que tratamos de dar un sentido” (1990, p.33). El ciclo propuesto debe entenderse más como una herramienta para dar sentido a las decisiones tomadas dentro de una política pública, en lugar de considerarlo como un proceso estrictamente real y fácilmente identificable.

Cada etapa influye en las siguientes y donde diferentes actores pueden intervenir en distintos momentos. Al dividir las fases, como identificación del problema, formulación, toma de decisión, implementación y evaluación, se facilita el análisis de cómo se desarrollan, qué factores afectan su éxito o fracaso y qué ajustes pueden realizarse para mejorar su efectividad.

Para Subirats (2008), el enfoque del ciclo de las políticas públicas ofrece tanto ventajas como limitaciones. Por un lado, permite reconocer la existencia de mecanismos de retroalimentación en todo el proceso y facilita la identificación de los desafíos y actores involucrados en cada etapa, lo que ayuda a simplificar el análisis. Además, posibilita examinar la composición y evolución de los actores a lo largo del tiempo, distinguiendo entre públicos y privados, así como entre niveles de gobierno central y local (Subirats, 2008). También permite formular preguntas analíticas, generar hipótesis y desarrollar teorías parciales, lo que enriquece el estudio de las políticas desde diferentes perspectivas (Sabatier, 2007). Otro aspecto importante es que el ciclo proporciona un lenguaje común y compartido entre diferentes actores, incluyendo académicos, formuladores de políticas y ciudadanos.

Sin embargo, este enfoque tiene sus límites. Uno de los principales problemas del ciclo de las políticas públicas es su carácter lineal y estructurado, que no siempre refleja la realidad del proceso político y administrativo. En muchos casos, las políticas no siguen un desarrollo ordenado y predecible. En lugar de ello, pueden presentar solapamientos, retrocesos o reformulaciones inesperadas, ya que el ciclo es un modelo descriptivo que no siempre captura la complejidad y los imprevistos del entorno político.

Al dividir el proceso en etapas se corre el riesgo de presentar una visión en donde cada fase parece ejecutarse de manera automática y ordenada. Aunque en la práctica, los actores que intervienen en la toma de decisiones, desde burócratas y políticos hasta grupos de interés y la sociedad civil, pueden influir en distintas fases de manera simultánea, generando tensiones y disputas que no siempre siguen una estructura ordenada.

“El modelo cíclico de la política pública tiene como marco una interpretación legalista de la acción pública (perspectiva «top-down») centrada en la acción del Estado y no

toma en cuenta la perspectiva según la cual el punto de partida son los actores sociales y su contexto (perspectiva «bottom-up»)." (Subirats, 2008. p.47)

Otro aspecto que problematizar es la dificultad de aplicar este modelo a contextos en los que la toma de decisiones es fragmentada o donde existen múltiples niveles de gobierno con competencias superpuestas. En estos casos, la política pública no es un proceso centralizado y ordenado, sino un entramado de negociaciones, conflictos y acuerdos entre distintos actores con intereses diversos. Esto hace que la delimitación de etapas en el ciclo sea menos clara y que las decisiones y acciones no sigan un patrón predecible.

A pesar de estas limitaciones, el ciclo de políticas públicas sigue siendo una herramienta útil para el análisis, ya que permite descomponer el proceso en elementos que pueden ser estudiados de manera estructurada. Sin embargo, su aplicación requiere una mirada crítica y flexible, que tome en cuenta la dinámica de las políticas públicas, así como la diversidad de actores y factores que influyen en estas.

Enfoques Clásicos sobre Implementación

Van Meter y Van Horn (1975) destacan que la implementación de políticas involucra a individuos y grupos públicos y privados que buscan cumplir con los objetivos previamente establecidos, transformando decisiones políticas en principios operativos. La implementación, entonces, no es un proceso aislado, sino una serie de esfuerzos continuos que buscan generar cambios ordenados, grandes o pequeños.

Por su parte, Sabatier y Mazmanian (1981), defienden que la implementación es simplemente la forma de ejecutar una decisión política básica, mientras que Pressman y Wildavsky (1976) la entienden como un proceso de interacción entre el establecimiento de metas y las acciones necesarias para alcanzarlas. Bardach (1978) describe la implementación como un proceso de ensamblaje de elementos para lograr un resultado específico, así como un agotamiento de juegos interrelacionados que son necesarios para llevar a cabo esa tarea.

La implementación de políticas públicas es una fase clave en el análisis de políticas, ya que es el momento en que las decisiones políticas se traducen en acciones concretas, transformando las ideas en hechos reales. Harguindeguy (2015) define la implementación como "el proceso que consiste en poner en práctica las decisiones políticas. Se trata de una fase fundamental en cualquier análisis de política pública porque es el momento en que se plasman las ideas en

hechos reales.” (p. 80) En esta línea, la implementación se configura como un proceso continuo que ocurre entre la formulación de la política y los resultados alcanzados, siendo influenciado por una serie de variables independientes que pueden apoyar, modificar o incluso obstaculizar los objetivos establecidos.

El enfoque de implementación top-down se fundamenta en la idea de que las políticas públicas deben fluir de manera jerárquica, con decisiones, recursos y directrices transmitidos desde los niveles superiores del Estado hacia las instancias locales, lo cual, según Sabatier (2007), puede dar lugar a problemas de coordinación, conflictos entre actores y distorsión en la transmisión de información. Por otro lado, el enfoque bottom-up sostiene que la implementación no es un proceso unidireccional, sino que surge de la interacción y negociación entre actores locales, donde los funcionarios de campo actúan no sólo como ejecutores, sino como co-creadores que adaptan las políticas a las particularidades del contexto. Sabatier (2007) argumenta que la falta de consenso y compromiso en estos niveles puede obstaculizar el éxito de la implementación. Integrar ambas perspectivas permite una comprensión más completa de los desafíos inherentes a la puesta en marcha de las políticas públicas.

La implementación es el puente entre el diseño de las políticas públicas y su impacto real en la sociedad. En el caso de la SM, las fallas en la implementación han sido uno de los principales factores que explican las carencias actuales en atención, acceso y cobertura. A pesar de los avances en la formulación de políticas, muchas de estas no se traducen en mejoras efectivas debido a problemas como la falta de recursos, deficiencias en la coordinación interinstitucional, resistencia al cambio en los sistemas de salud y falta de seguimiento en la ejecución.

Por esta razón, mi tesis se concentrará en el proceso de implementación de las políticas públicas de SM, no para describir una ejecución ya consolidada, sino para analizar las causas de su desarrollo incipiente o directamente ausente. No basta con contar con un marco normativo avanzado; es necesario indagar en las condiciones que han impedido su traducción efectiva en políticas operativas. La falta de implementación no puede ser leída únicamente como una falla administrativa, sino como el resultado de una serie de barreras estructurales, políticas e institucionales.

Centrarse en esta fase permite no sólo comprender por qué las políticas en SM han tenido un impacto limitado hasta el momento, sino también identificar los factores que podrían revertir esta situación. Analizar los obstáculos, las capacidades estatales, el rol de los actores

involucrados y la debilidad de los mecanismos de seguimiento resulta clave para generar recomendaciones que permitan pasar del diseño a la acción, y así garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos establecidos en la ley.

En definitiva, sin una implementación adecuada, no se puede avanzar en el fortalecimiento de la SM como un derecho prioritario. Las carencias actuales no sólo derivan de la ausencia de políticas, sino de su ineficacia en la ejecución. Por ello, este estudio busca aportar un análisis crítico y propositivo sobre cómo mejorar la implementación para lograr cambios reales en la vida de las personas.

La complejidad de la implementación

La implementación es un momento crítico en el ciclo de las políticas públicas y representa un desafío significativo, ya que no existe una correspondencia lineal entre la decisión tomada y los resultados obtenidos. Grindle (2009) menciona que “las políticas públicas pueden surgir en un sentido legal y formal, pero esto no asegura que serán efectivamente ejecutadas” (p.33). Según Subirats (2008), la implementación debe analizarse como un proceso dinámico donde interactúan:

1. Actores diversos: Desde funcionarios públicos hasta organizaciones sociales y grupos de interés, todos ellos interpretan y adaptan las políticas según sus capacidades, intereses y percepciones.
2. Redes de poder: La implementación depende de una interacción constante entre diferentes niveles de gobierno y actores sociales, lo que puede generar conflictos o alianzas.
3. Condiciones contextuales: Factores como el entorno político, económico y social influyen en la efectividad de la acción pública, lo que puede facilitar o dificultar la ejecución de las políticas.

Asimismo, señala que los resultados no previstos, como disfunciones, impactos no deseados o efectos contradictorios, son frecuentes en la implementación, y es fundamental comprenderlos para mejorar futuros procesos. Uno de los aportes más relevantes es su énfasis en el análisis de redes, que permite comprender cómo las relaciones entre actores públicos y privados estructuran el proceso de política pública. Estas redes articulan intereses y recursos, creando un marco de negociación y cooperación entre los distintos actores involucrados, e influyen en la legitimidad y viabilidad de las políticas, ya que el apoyo de actores clave puede ser decisivo

para su éxito o fracaso. Las redes no solo facilitan la implementación, sino que también pueden bloquearla cuando se generan conflictos entre actores con intereses divergentes.

Factores que afectan la Implementación

Durante la implementación, suelen aparecer obstáculos inesperados después de que los impulsores, diseñadores y defensores de nuevas iniciativas consideran que han logrado su objetivo. A menudo, estos problemas pasan desapercibidos, pero con el tiempo debilitan la intención y el impacto de la política, generando una brecha entre lo planificado y lo efectivamente llevado a cabo. “Esta brecha es la disparidad que frecuentemente hay entre lo que se anuncia como política y lo que en realidad se ejecuta” (Grindle, 2009, p. 33). Las políticas públicas pueden surgir en un sentido legal y formal, pero eso no da la certeza que sean efectivamente ejecutadas.

Diversos factores influyen en el éxito o fracaso de la implementación, algunos de los cuales han sido identificados por Sabatier y Mazmanian (1981):

- La tratabilidad del problema: Se refiere a qué tan bien la política aborda el problema en cuestión y si puede estructurarse de manera efectiva para hacer frente a los desafíos identificados.
- La habilidad del estatuto para estructurar favorablemente el proceso: Esto implica que la ley o política debe estar bien diseñada y ser viable para facilitar su implementación en la práctica.
- La influencia de factores políticos: Los actores involucrados, sus intereses y la dinámica política juegan un papel fundamental en el proceso. La relación entre diferentes niveles de gobierno y la interacción de los actores clave son cruciales.
- El papel de las relaciones intergubernamentales: Los conflictos y la falta de coordinación entre diferentes niveles del gobierno pueden afectar negativamente el proceso de implementación.

Según Grindle (2009), la brecha de la implementación puede variar en magnitud e impacto. En algunos casos, es mínima y se traduce en ajustes sutiles cuando la política pasa de su formulación a su aplicación. En otros, puede ser tan amplia que la política nunca llega a ejecutarse y queda olvidada. Esta brecha puede ser positiva, por ejemplo, cuando permite corregir políticas mal diseñadas para hacerlas más viables. Sin embargo, también puede ser perjudicial, especialmente cuando los beneficios terminan en manos de quienes no deberían

recibirlos. Independientemente de su tamaño o efecto, la brecha de la implementación suele ser impredecible. “Para cualquier proceso posible de análisis y diseño, existe una probabilidad significativa que lo que se anuncia como política sufrirá un revés, reinterpretación, deslizamiento o sabotaje mientras se hacen esfuerzos para ponerla en práctica”. (2009, p.34).

Recomendaciones para mejorar la Implementación

Algunas políticas públicas dependen de una serie de acciones encadenadas y la participación de múltiples actores para su correcta ejecución. Para que la implementación sea efectiva, cada paso del proceso debe alinearse con los objetivos de la política, y todos los involucrados deben cumplir con sus responsabilidades dentro del sistema. Vincular los problemas de implementación con el diseño de las políticas es fundamental en aquellos casos en que estas no son viables desde el inicio, es decir, cuando se planifican sin tener en cuenta las condiciones económicas, políticas, sociales o burocráticas que enfrentarán en su puesta en marcha.

Grindle (2009) plantea que, en muchos países de América Latina, incluso en contextos democráticos, las decisiones de política suelen estar concentradas en el Poder Ejecutivo, con una participación limitada del poder legislativo y de la ciudadanía informada. A menudo, los medios de comunicación, las universidades y los think tanks tienen una capacidad aún incipiente para aportar al debate sobre las iniciativas de política, mientras que las estructuras de los grupos de interés están desarticuladas o favorecen únicamente a ciertos sectores de la población. Como resultado, las políticas pueden ser anunciadas sin haber pasado por un proceso de deliberación, análisis o difusión suficiente. En estos casos, las negociaciones, conflictos y acuerdos que deberían formar parte del diseño de las políticas se trasladan al momento de su implementación, donde los intereses de los distintos actores, tanto beneficiarios como perjudicados, son abordados de manera fragmentada por quienes llevan a cabo su ejecución.

Harguindeguy (2015) presenta recomendaciones para mejorar la efectividad en la implementación de políticas públicas:

1. Prever suficiente tiempo y recursos para el proceso.
2. Facilitar la combinación de recursos necesarios en todas las fases de la implementación.
3. Asegurar que la teoría causal utilizada sea válida y adecuada para el contexto.
4. Verificar la relación entre las organizaciones involucradas y asegurarse de que todos los agentes participantes tengan claridad sobre sus roles y responsabilidades.

5. Mantener buena comunicación y coordinación entre todos los actores del proceso.
6. Asegurar que todos los escalones subalternos en la jerarquía administrativa sigan las órdenes de los superiores.

“La posible simplificación de la política para que ésta sea más implementable enfoca su atención en la importancia de considerar el análisis de la implementación como parte del proceso de la hechura de las políticas” (Grindle, 2009, p. 42)

Una estrategia comúnmente sugerida es involucrar a los implementadores en la etapa de diseño de la política. Si quienes poseen experiencia sobre cómo los aspectos políticos, administrativos y de gestión inciden en la ejecución de las políticas participan desde el inicio del proceso, sus aportes pueden ser fundamentales. Su conocimiento permite ajustar la política a un contexto de implementación realista y, además, brindar información clave sobre los factores que deben considerarse para facilitar su aplicación efectiva.

Grindle (2009) manifiesta que cuando los implementadores perciben que su rol incluye la resolución de problemas, es porque disponen de cierto margen de maniobra y flexibilidad para abordar distintos desafíos a medida que surgen. Además, cuentan con la autonomía y el respaldo necesario para innovar en la búsqueda de soluciones, siempre que su objetivo sea alcanzar las metas establecidas en la política. Mejorar la viabilidad de la implementación de las políticas es un aspecto clave para líderes, administradores públicos y ciudadanos en sociedades democráticas. Enfrentar este desafío puede reforzar la confianza en el gobierno, aumentar el bienestar de la población y generar una mayor satisfacción con el sistema democrático. Al mismo tiempo, las dificultades en la ejecución de políticas dentro de regímenes democráticos pueden explicarse por la mayor movilización de intereses en el proceso de formulación, la competencia entre actores para influir en la toma de decisiones y las expectativas de la ciudadanía de que las políticas realmente se vean reflejadas en mejoras.

3- La construcción política de la Ley de Salud Mental: actores, intereses y contexto previo

Durante las últimas décadas del siglo XX, los trastornos mentales comenzaron a ser reconocidos no solo como problemas médicos, sino también como factores que impactan profundamente en la calidad de vida de las personas. Este cambio de perspectiva llevó a que la atención en SM se incluyera en las agendas de salud pública, promoviendo una revisión crítica de las políticas y estructuras existentes. A mediados del siglo XX, se desarrollaron clasificaciones de trastornos mentales y manuales de diagnóstico, reflejando el creciente interés en sistematizar y entender estas condiciones (Piñar Ramírez, 2021). Este período también estuvo marcado por la transición de la atención psiquiátrica institucionalizada a modelos más comunitarios, enfatizando la importancia de la integración social y la atención personalizada. Se reconoció que las enfermedades mentales no solo afectaban al individuo, sino que también tenían implicaciones sociales y culturales, lo que llevó a una mayor inversión en servicios de SM y a políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas (Gutiérrez Alcalá, 2021).

La atención de la SM en Uruguay ha experimentado una evolución profunda a lo largo de los años, marcada por contextos históricos, concepciones sociales y avances en las políticas públicas. La Ley N.º 9.581, promulgada en 1936, fue uno de los primeros intentos de legislar esta área, pero reflejó principalmente las concepciones y limitaciones de su época. Dicha normativa se basaba en un modelo predominantemente institucional, donde el tratamiento de las personas con padecimientos mentales se reducía casi exclusivamente a la internación en hospitales psiquiátricos. Este enfoque manicomial priorizaba el aislamiento como única respuesta terapéutica, dejando de lado cualquier posibilidad de rehabilitación, reintegración social o enfoque preventivo (Ley N.º 9.581). Desde una perspectiva contemporánea, la Ley N.º 9.581 mostró importantes carencias en cuanto a la protección de los DDHH de las personas internadas. Las decisiones sobre los tratamientos solían ser tomadas por familiares o el Estado, sin garantizar el consentimiento informado de los pacientes ni su participación en el proceso terapéutico. La normativa también perpetuó la estigmatización de las personas con trastornos mentales, considerándolas incapaces y fomentando su exclusión social. Esto consolidó un sistema asistencialista que aislaba a los pacientes de sus comunidades, reforzando la marginación y dificultando cualquier esfuerzo por promover su autonomía o calidad de vida.

Con el paso de las décadas, la eficacia terapéutica en el tratamiento de enfermedades mentales agudas y el aumento de consultas relacionadas con problemas psiquiátricos, generaron la necesidad de un cambio de paradigma. En los años 80, comenzaron a surgir cuestionamientos críticos hacia la Ley N.º 9.581

En 1984, la Sociedad de Psiquiatría formó una Comisión de SM para analizar la problemática de la atención psiquiátrica en Uruguay. Dicho esfuerzo culminó en un encuentro denominado “La Salud Mental en el Uruguay: un desafío”, realizado en octubre de ese mismo año, que reunió a representantes de la Cátedra de Psiquiatría, asociaciones de técnicos, organizaciones de psiquiatras y otras figuras destacadas. Este evento, celebrado en un contexto nacional importante como es la salida de la dictadura, marcó un punto de inflexión, ya que puso de manifiesto la necesidad urgente de reformar el modelo asistencial vigente. Como resultado de este trabajo, en 1986 se presentó el Programa Nacional de Salud Mental, un hito conceptual que buscaba transformar la atención de la SM en el país.

Los objetivos y estrategias del Programa Nacional de Salud Mental de 1986 consistieron en:

- Atención a los problemas de SM de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención
- La propuesta para dar prioridad a los objetivos planteados implica el desarrollo como estrategia para su logro, de un modelo asistencial centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental implícita en el actual modelo centrado en los hospitales psiquiátricos.
- El modelo de atención deberá ir desarrollándose por niveles estando su eje de coordinación en el Centro de SM. Se basa en el trabajo del equipo multi e interdisciplinario. La conformación de estos equipos será flexible y dependerá de las necesidades que se detecten debiéndose definir el equipo mínimo para cada nivel
- El Programa de SM para cumplir con eficiencia sus objetivos debe establecer formas de coordinación con otros sectores: Educación y Cultura, Poder Judicial, etc. Para ello deben crearse los mecanismos que permitan que esta coordinación se efectúa de manera continua y orgánica. (MSP, 1986).

Además, el plan introdujo principios fundamentales para superar el modelo manicomial. Uno de sus pilares fue la desinstitucionalización progresiva, promoviendo la reducción de la

dependencia de los hospitales psiquiátricos monovalentes y la creación de dispositivos alternativos para la atención comunitaria. Este enfoque buscaba acercar los servicios a la población, fortaleciendo la atención primaria como puerta de entrada al sistema y capacitando equipos interdisciplinarios para abordar los problemas de SM desde etapas tempranas. También buscaba impulsar la intersectorialidad, al reconocer que los determinantes sociales, económicos y culturales juegan un papel crucial en el bienestar mental. Esto llevó a la articulación de políticas con sectores como la educación, el trabajo y el desarrollo social, con el fin de promover estrategias integrales. Además, se priorizó la reinserción social y laboral de las personas con padecimientos mentales, diseñando dispositivos como casas de medio camino y otros recursos que permitieran la transición hacia una vida autónoma en la comunidad.

Tal como señala De León (2013), la implementación del Plan Nacional de Salud Mental de 1986 enfrentó serias dificultades desde sus inicios. La falta de recursos económicos, la resistencia de ciertos sectores y la infraestructura limitada dificultaron la consolidación de este nuevo modelo. A pesar de estas barreras, el Programa Nacional de 1986 sentó las bases para un cambio conceptual que décadas después se materializaría con la promulgación de la LSM N.º 19.529 en 2017.

La creación de la Ley N.º 19.529 de SM en Uruguay, promulgada en 2017, fue el resultado de un proceso complejo que involucró a múltiples actores, reflejando la necesidad de una transformación profunda en el sistema de atención a la SM. Este mapa de actores estuvo compuesto por organismos gubernamentales, asociaciones civiles, profesionales, usuarios del sistema, instituciones académicas y organismos internacionales¹, quienes trabajaron conjuntamente para abordar las deficiencias del modelo manicomial vigente y avanzar hacia un enfoque basado en DDHH y atención comunitaria. (Baroni, 2015.)

El Estado, representado principalmente por el MSP, tuvo un papel central en la elaboración y discusión de la ley. El MSP lideró las instancias técnicas y políticas necesarias para avanzar en la redacción del proyecto y su posterior discusión parlamentaria. El Parlamento Nacional fue el espacio donde se debatió, modificó y aprobó la normativa, con la participación de legisladores

¹ Organizaciones perteneciente a la Asamblea al momento de su fundación: Colectivo La Grieta: Salud Mental y DDHH (2008), Colectivo Radio Vilardevoz (1997) Bibliobarrio (2005), Unión Ibirapitá (1998), Grupo de Acción por la despatologización trans, Comisión de Salud Mental y DDHH del CEUP, Payasos Medicinales, Grupo De la Esperanza (1986), Espacio de Promoción de Salud El Roble, Sociedad de Psicología de Salud Pública, Centro Félix Guattari, Proyecto "Clínica, territorio y entramado social" del Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Proyecto "Salud Mental y Derechos Humanos" del Instituto de Psicología Social, Proyecto "Esquizoanálisis: clínica y salud mental en el Uruguay del nuevo milenio" del Instituto de Psicología Social, Proyecto Psicología Política Latinoamericana del Instituto de Psicología de la Salud , Grupo de Psicología de la Liberación-Uruguay

de distintos partidos políticos, quienes aportaron diversas perspectivas y enriquecieron el contenido final del texto legislativo. Además, instituciones como la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) y otros organismos relacionados con los DDHH jugaron un rol importante al subrayar la necesidad de superar prácticas consideradas violatorias de los derechos fundamentales, como el internamiento prolongado y la falta de autonomía de los pacientes.

La sociedad civil desempeñó un papel crucial en el proceso de reforma. Las asociaciones de familiares de usuarios de los servicios de SM visibilizaron las necesidades y demandas de quienes padecían los efectos. Por su parte, las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la defensa de los DDHH aportaron una visión crítica del modelo manicomial y abogaron por un enfoque centrado en la desinstitucionalización y en la atención comunitaria (Baroni, 2015)

Vale destacar que ofrece reparos la escasa consulta y participación de usuarios y familiares; así como que no está prevista la existencia de un órgano independiente y autónomo que garantice los derechos, según lo que se ha establecido en múltiples tratados internacionales firmados por Uruguay y en los que el país se encuentra observado por el incumplimiento de los pactos ratificados (Salud mental, comunidad y derechos humanos, 2017).

En el ámbito profesional, las asociaciones de psiquiatría y psicología tuvieron una importante participación en los debates técnicos y académicos relacionados con el proyecto de ley. La implementación de la LSM en Uruguay, aprobada en 2017, generó diversas reacciones entre los sectores involucrados, que se expresaron a nivel de prensa (La Diaria, 2018). Mientras que algunas organizaciones y colectivos, como Radio Vilardevoz, apoyaron la reforma por su enfoque en la desinstitucionalización y la promoción de DDHH, otros, incluyendo gremios de trabajadores de la salud, expresaron preocupaciones sobre la viabilidad y los recursos necesarios para su ejecución. Estas diferencias resaltan la complejidad de transformar el modelo de atención en SM hacia uno más humanizado e inclusivo.

Los equipos interdisciplinarios en SM, compuestos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales, son fundamentales para la atención integral de los usuarios en Uruguay. La Ley N° 19.529 establece que la atención en SM debe ser brindada por equipos interdisciplinarios en todos los niveles de atención. Además, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) (2020-2027) enfatiza la importancia de la capacitación continua de estos equipos,

promoviendo su formación en atención primaria y en la detección y abordaje de diversas problemáticas de SM.

El apoyo y asesoramiento de organismos internacionales también fue significativo en la creación de la ley. La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ofrecieron orientación técnica basada en las mejores prácticas internacionales, promoviendo modelos que priorizaran la atención comunitaria, la desinstitucionalización y el respeto por los DDHH.

La ley, promulgada en 2017, establece en su artículo 41 la creación de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (CNCASM), que incluye entre sus miembros a un representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental (Ley N° 19.529). Esta disposición garantiza un espacio formal para la participación de los usuarios en la supervisión y evaluación de las políticas de SM.

Por lo tanto, la participación de la sociedad civil y de los usuarios del sistema de SM no solo fue solicitada, sino que también se materializó en espacios formales de decisión y supervisión, contribuyendo a una legislación más inclusiva y centrada en los DDHH.

4- Ley de Salud Mental N° 19.529

a) Contexto y aprobación de la Ley N.º 19.529

La LSM N.º 19.529, promulgada el 7 de agosto de 2017, surge en un contexto en el que la necesidad de una reforma integral del sistema de atención en SM se había vuelto ineludible. Esta norma se constituye como la primera ley nacional que regula específicamente la atención en SM desde una perspectiva de DDHH, con el objetivo explícito de superar el modelo asilar que predominó en Uruguay durante décadas.

Uno de los factores decisivos que presionaron hacia su aprobación fue el impacto público generado por las graves violaciones a los DDHH ocurridas en las colonias psiquiátricas, en particular en la Colonia Etchepare y Santín Carlos Rossi. Estas situaciones fueron ampliamente denunciadas por medios de comunicación, organizaciones sociales y organismos internacionales. Tal fue la magnitud de los hechos, que la Justicia intervino, ordenando al MSP adoptar medidas urgentes tras constatar el estado de abandono y las condiciones inhumanas en las que se encontraban numerosos pacientes.

“La Justicia ordenó a Salud Pública a tomar medidas con respecto a la Colonia Etchepare y su vecina Santín Carlos Rossi, tras constatar el estado en el que se hallaban algunos de sus pacientes. El disparador de la inspección fue la muerte de un paciente a causa de las mordidas de las decenas de perros sueltos que vagan por el lugar.” (Montevideo Portal, 2015)

“El gobierno ya trabajaba en un proyecto de ley de salud mental cuando ocurrió la muerte de un paciente en la Colonia Etchepare, atacado por una jauría de perros. El hecho puso sobre la mesa el tema, en momentos en que se empieza a discutir un nuevo paradigma de atención psiquiátrica.” (Brecha, 2015)

Estas denuncias, junto con una acumulación sostenida de informes, investigaciones y testimonios, generaron un consenso social y político respecto a la necesidad urgente de transformar radicalmente el sistema de atención en SM. Este consenso impulsó la redacción y presentación del proyecto de ley, que fue elaborado por el Poder Ejecutivo durante el tercer gobierno del Frente Amplio, con el respaldo del MSP y de otros actores institucionales.

Desde su exposición de motivos, el proyecto buscó alinear la legislación nacional con los compromisos internacionales asumidos por Uruguay, especialmente con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas. En ese marco, se promovieron como ejes centrales el enfoque comunitario, la desinstitucionalización progresiva y la construcción de dispositivos de atención descentralizados, accesibles e inclusivos.

Durante su tratamiento parlamentario, el proyecto fue derivado a la Comisión de Salud del Senado, donde se recibieron aportes de organizaciones de la sociedad civil, organismos estatales y actores vinculados al área de la salud. Sin embargo, la ausencia de participación del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) generó cuestionamientos desde distintos sectores, ya que se consideraba fundamental incorporar la perspectiva médica en una reforma de tal envergadura.

A pesar de estas instancias, el texto final de la ley fue aprobado con escasas modificaciones respecto al proyecto original presentado por el Poder Ejecutivo. Este hecho evidencia tanto el nivel de acuerdo básico alcanzado previamente como la urgencia política de aprobar la normativa, en un contexto donde la presión social y mediática exigía respuestas concretas por parte del Estado.

En efecto, la ley debía ser aprobada: el clima político y social, atravesado por las denuncias públicas, los pronunciamientos judiciales y la creciente vigilancia internacional, colocaba al sistema político frente a una necesidad impostergable. La presión era tal, que el margen de maniobra para discutir en profundidad los alcances del cambio estructural fue mínimo.

Si bien existió un consenso generalizado en torno a la necesidad de avanzar hacia una nueva legislación, el debate parlamentario no profundizó en las transformaciones estructurales que implicaba el cambio de paradigma propuesto. En las intervenciones legislativas predominó una visión centrada en la necesidad de adecuarse a los estándares internacionales y en la urgencia de dar respuesta a las denuncias por violaciones a los DDHH, sin un abordaje detallado sobre las implicancias del enfoque comunitario o los desafíos de la desinstitucionalización. En muchos casos, la discusión quedó circunscrita a aspectos formales o de apoyo general al proyecto, sin una deliberación sustantiva sobre su contenido técnico ni sobre los recursos necesarios para su implementación efectiva.

Paradójicamente, aunque la ley fue concebida y aprobada bajo un gobierno del Frente Amplio, su implementación se inició durante la administración de la coalición multicolor, liderada por el Partido Nacional, con un ministro de Salud Pública proveniente de Cabildo Abierto. Este cambio de signo político trajo aparejados importantes desafíos para la aplicación efectiva de la ley, en particular en lo relativo a la continuidad de las políticas públicas, el compromiso institucional con la reforma y el sostenimiento presupuestal necesario.

En definitiva, la Ley N.º 19.529 fue resultado de una necesidad histórica, de una presión social sin precedentes y de una coyuntura política que habilitó el consenso mínimo indispensable para su aprobación. Sin embargo, su posterior implementación pondría en evidencia las dificultades estructurales para transformar un modelo de atención profundamente arraigado en lógicas institucionalizantes.

b) Proceso Parlamentario

El proyecto de Ley fue discutido en profundidad, logrando un importante consenso en el marco de un amplio intercambio entre el MSP, actores políticos, técnicos, asociaciones de usuarios, de

familiares y otras organizaciones sociales involucradas ². (Comisión de Salud y Seguridad Social de la Cámara de Senadores 2016).

Durante su tratamiento en la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Cámara de Senadores, se recibieron aportes de diversos actores institucionales y sociales, lo que permitió enriquecer el proyecto. No obstante, uno de los puntos que generó debate fue la ausencia de participación del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), un actor clave en el ámbito de la salud, lo que algunos sectores interpretaron como una omisión importante en el proceso.

En la discusión, el oficialismo, representado por el FA, defendió el proyecto como un avance imprescindible para superar el modelo biomédico tradicional, proponiendo un enfoque centrado en la inclusión, la atención comunitaria y la autonomía de las personas con problemas de SM. En este sentido, se subrayó la necesidad de implementar una capacitación profesional adecuada y una coordinación interministerial que garantizara una atención integral. El FA consideraba que este proyecto debía ser visto como un cambio de paradigma, orientado hacia la recuperación de los usuarios, la autodeterminación de estos y la lucha contra el estigma social que históricamente había acompañado a los trastornos mentales.

Por otro lado, la oposición, conformada por el Partido Nacional (PN), el Partido Colorado (PC) y el Partido Independiente (PI), coincidió con el oficialismo en la necesidad de modificar el modelo de atención. Sin embargo, expresaron importantes dudas sobre la viabilidad de implementar los cambios propuestos, especialmente en lo que respecta a los recursos económicos y humanos necesarios para su ejecución. La falta de especialistas en SM, particularmente en el interior del país, y la insuficiencia de recursos materiales fueron los principales puntos de crítica. Además, cuestionaron la falta de un cronograma claro y obligatorio para el cierre de las colonias psiquiátricas y algunos aspectos técnicos de la ley, como la exigencia de que los médicos responsables de la hospitalización involuntaria fueran exclusivamente especialistas en SM. También manifestaron reservas sobre la composición de la CNCASM, sugiriendo que debía incluir una mayor representación de profesionales del área.

A pesar de las diferencias y críticas presentadas, se lograron importantes consensos entre el oficialismo y la oposición, especialmente en lo que respecta a la necesidad de transformar el

² El 14 de diciembre de 2015, el Poder Ejecutivo presentó el proyecto de ley ante la Asamblea General. aprobado por unanimidad en ambas cámaras tras su discusión y revisión. Fue tratado primero en la Cámara de Senadores, luego en la de Representantes —donde se realizaron algunas modificaciones— y finalmente aprobado en su versión definitiva en agosto de 2017. La Ley N.º 19.529 fue promulgada por el Poder Ejecutivo el 24 de agosto de ese mismo año.

sistema de atención en SM. Ambos sectores coincidieron en la urgencia de avanzar hacia un modelo desinstitucionalizador y más accesible, que garantizara una atención más digna y respetuosa de los DDHH. Las principales discrepancias se centraron en los plazos de implementación, los recursos destinados a la reforma y algunos aspectos técnicos relacionados con la supervisión y gestión de la atención.

En este marco, la discusión parlamentaria reveló la existencia de coaliciones y disputas entre actores que respaldaban el nuevo paradigma (como colectivos de usuarios, organismos de DDHH y sectores del oficialismo), y otros que manifestaban reservas o críticas (como gremios médicos o actores políticos de la oposición). La ley implicó una reconfiguración de roles, responsabilidades y estructuras de poder, lo que refuerza su carácter de política regulatoria según los criterios de Lowi.

c) Articulado aprobado

La LSM fue sancionada por el Poder Legislativo el 8 y 9 de agosto de 2017, promulgada por el Poder Ejecutivo el 24 de agosto de 2017, Reglamentada por: Decreto N° 226/018 de 16/07/2018³.

Para analizar los articulados de la Ley N.º 19.529 sobre SM que son relevantes en el contexto de la implementación de políticas públicas, es importante centrarse en aquellos que abordan los aspectos clave de la reforma en la atención en SM y su relación con los mecanismos de implementación.

Los primeros artículos de la Ley definen su propósito, establecen conceptos clave y los principios para su implementación, centrándose en la protección de los DDHH en SM. El capítulo II resalta la importancia de garantizar la atención sin discriminación, mientras que el capítulo VI introduce artículos debatidos, como el artículo 39, que crea la CNCASM, responsable de supervisar el cumplimiento de la ley y la calidad de los servicios, requiriendo autonomía y recursos suficientes para su eficacia.

La ley redefine la SM no solo desde un enfoque clínico, sino también social, económico y cultural, lo que implica una integración de la SM en diversas políticas públicas, exigiendo

³ Consta de 7 capítulos y 48 artículos. Cap. I: Disposiciones generales. Cap. II: Derechos. Cap. III: Autoridad de aplicación. Cap. IV: Interinstitucionalidad. Cap. V: Abordaje. Cap. VI: Órgano de contralor. Cap. VII: Derogación y adecuación.

coordinación entre ministerios como MSP, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial (MVOT). Un cambio fundamental hacia la atención comunitaria y la desinstitucionalización se destaca en el artículo 37, que promueve el cierre progresivo de las colonias psiquiátricas y la creación de centros de atención comunitaria y rehabilitación.

Además, la ley resalta el respeto por los DDHH, el derecho a la información y participación en el tratamiento, y la lucha contra la estigmatización. También se enfatiza la necesidad de un modelo de atención multidisciplinaria y la coordinación interinstitucional, aunque esta puede verse dificultada por la falta de recursos y la comunicación entre las distintas instituciones.

En cuanto a su contenido, la ley establece que el modelo de atención en SM debe estar inserto dentro del SNIS, priorizando el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema. Este modelo comunitario se fundamenta en la estrategia de atención primaria en salud, promoviendo acciones de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y recuperación en el entorno natural de la persona. Según el MSP, el SNIS busca implementar un modelo integral con políticas de salud articuladas y acciones coordinadas entre los diferentes niveles de atención. Por su parte, el PNSM complementa esta visión, enfatizando la atención en el entorno comunitario como medio para la integración social y la recuperación de las personas tras episodios críticos.

5- Implementación de la ley: Políticas Públicas en Salud Mental

a) Desde 2018 hasta la actualidad

El MSP es el órgano gubernamental rector y con mayor responsabilidad en la elaboración y gestión de las políticas con una visión ética y filosófica sobre la concepción del hombre y de su salud. Otros actores también son fundamentales en la determinación de las políticas públicas en salud, es el caso de las corporaciones científicas, económicas y, desafortunadamente, en un grado menor de los usuarios y sus familiares (de León, 2013).

El éxito en la implementación de la LSM significaría que el modelo de atención pasará a ser el modelo social y comunitario en SM, que cuenta con dos supuestos fundamentales: el primero, alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino

sociales, al menos preponderantemente. El segundo supuesto considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, partiendo de la premisa de que toda vida humana es digna (Palacios, 2008).

La Ordenanza N.º 1046/2019, promulgada por el MSP el 6 de noviembre de 2019, establece disposiciones clave para la implementación de la Ley N.º 19.529, particularmente en lo que respecta a los procedimientos de ingresos y egresos de personas usuarias en los servicios de SM. Esta normativa regula tanto la hospitalización voluntaria como la involuntaria, y abarca otros aspectos esenciales del nuevo modelo de atención. Además, define los lineamientos y criterios para la conformación y funcionamiento de la Red de Atención en Salud Mental, dentro del marco del SNIS. Su objetivo principal es garantizar una atención integral, accesible y descentralizada, en línea con las políticas públicas que promueven la desinstitucionalización y la atención comunitaria.

1. Estructura de la Red de Atención en Salud Mental

La ordenanza define una estructura de atención multidimensional, que incluye diferentes niveles y dispositivos con el fin de proporcionar un enfoque integral a la SM. La atención se organiza en dos tipos principales de dispositivos:

- Dispositivos en territorio. Este modelo implica la creación de equipos de SM en la comunidad, que actuarán en coordinación con otros actores sociales, como sectores educativos y de protección social. Su función es ofrecer atención ambulatoria, promoción de la SM y rehabilitación. Dentro de estos dispositivos, se destacan: equipos especializados en habilitación/rehabilitación para personas con trastornos emocionales, dificultades de desarrollo y problemas relacionados con el aprendizaje. Además, centros diurnos de habilitación y rehabilitación que brindan servicios de atención psicosocioeducativa, principalmente orientados a la inclusión social y laboral.
- Unidades de hospitalización. Aunque la tendencia es la desinstitucionalización, la ordenanza también contempla la atención hospitalaria para los casos más complejos que requieren intervención urgente o prolongada. Las unidades de hospitalización se enfocan en la atención de emergencia en SM en hospitales generales o pediátricos. Estas áreas deben estar debidamente acondicionadas, asegurando la privacidad y protección de los pacientes.

2. Coordinación Interinstitucional

Esto significa que la atención en SM no solo dependerá del sistema de salud, sino que deberá involucrar a otras instituciones y sectores del Estado, como el MEC, Ministerio del Interior (MI) y el sistema judicial, con el fin de garantizar un enfoque integral y multidisciplinario. La red de SM debe colaborar estrechamente con otras redes de servicios, especialmente en el ámbito educativo y social, para asegurar la rehabilitación y reintegración social de los pacientes.

3. Enfoque en la Infancia y Adolescencia

Se reconoce que los trastornos mentales en NNA requieren un abordaje específico, por lo que se establece la creación de unidades especializadas en el tratamiento de estos grupos etarios, tanto en el ámbito comunitario como hospitalario. Además, se promueve la integración de los servicios de SM con otros servicios que atienden NNA, como los educativos, con el objetivo de brindar un tratamiento más adecuado y continuo.

4. Derechos Humanos y Desinstitucionalización

La ordenanza pone un énfasis importante en el respeto de los DDHH de las personas con trastornos mentales. A través de esta red de atención, se busca transformar el sistema de atención en SM, pasando de un modelo basado en instituciones cerradas, como las colonias psiquiátricas, a un modelo centrado en la comunidad, que promueva la inclusión social, el respeto por la autonomía de las personas y la lucha contra el estigma.

5. Capacitación y Coordinación Profesional

La necesidad de capacitación continua del personal de SM para garantizar que los profesionales estén preparados para enfrentar los retos que plantea este nuevo modelo de atención. Además, se destaca la importancia de una coordinación interministerial, especialmente con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el MEC y otros organismos públicos, para asegurar que se provea una atención integral que abarque aspectos médicos, educativos y sociales.

Entonces, la Ordenanza N.º 1046 establece las bases para una reforma integral del sistema de SM en Uruguay, proponiendo una red de atención descentralizada, comunitaria e inclusiva, que respete los DDHH y se base en la desinstitucionalización progresiva. Su implementación exige un trabajo conjunto de diferentes actores del Estado y de la sociedad para garantizar una atención efectiva y de calidad para todas las personas con problemas de SM.

El PNSM tiene como propósito contribuir a mejorar la SM de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la SM, prevenir, reducir la morbimortalidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los DDHH y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención. (PNSM, 2020-2027)

Desde la promulgación de la Ley N° 19.529 en 2017, la implementación de políticas públicas en SM ha avanzado, aunque con algunos retos en su materialización efectiva. Uno de los ejes fundamentales de esta ley fue el proceso de desmanicomialización, el cual busca el cierre progresivo de las instituciones asilares como las colonias psiquiátricas. Este proceso comenzó con el cierre de la Colonia Etchepare en 2019, que representaba un símbolo de los antiguos métodos de internación. A pesar de los avances en este campo, el proceso ha sido gradual y presenta desafíos relacionados con la reubicación de los pacientes y la creación de alternativas residenciales comunitarias, que hasta el momento no logran satisfacer completamente la demanda (Dos Santos, 2020).

A raíz del cierre de la Colonia Etchepare, se creó el Centro de Rehabilitación y Seguimiento de la Salud Mental (CEREMOS), que surgió como parte de los esfuerzos por mejorar el modelo de atención en SM en Uruguay. CEREMOS tiene como objetivo proporcionar atención más cercana a la comunidad, con un enfoque en la rehabilitación y seguimiento de los pacientes.

Desde la perspectiva de la tipología de políticas públicas desarrollada por Theodore Lowi, la Ley N.º 19.529 puede ser caracterizada como una política regulatoria. Este tipo de políticas se implementa en contextos marcados por disputas entre actores con intereses contrapuestos, y se orienta a establecer nuevas normas, reglas o restricciones que reorganizan el funcionamiento de determinados sectores o prácticas sociales. A diferencia de las políticas distributivas o redistributivas, las políticas regulatorias no se centran principalmente en la asignación de recursos materiales, sino en el establecimiento de normas, límites y directrices que buscan ordenar comportamientos o transformar estructuras institucionales. Este tipo de políticas suele generar tensiones entre distintos actores, ya que implica modificaciones en el statu quo, pudiendo beneficiar a algunos sectores mientras otros perciben restricciones o pérdidas relativas.

La LSM introduce un cambio normativo profundo al cuestionar el modelo tradicional de atención y proponer una transformación estructural del sistema de salud promoviendo un

enfoque comunitario y centrado en los DDHH. Estos cambios, si bien buscan garantizar el pleno ejercicio de derechos, afectan intereses preexistentes dentro del campo médico, institucional y político, generando tensiones y desafíos en su implementación.

La formación y capacitación profesional ha sido otro pilar fundamental en la implementación de la Ley. Desde 2018, se han llevado a cabo programas de capacitación continua para mejorar la preparación de los profesionales de la SM, un plan de educación continua que incluya los cambios de modelo asistencial y que prepare al personal que se desempeña en el área de SM para afrontar nuevas y diferentes funciones. Además de promover la creación de nuevos programas especializados con un enfoque multidisciplinario, comunitario e integral, también promover la sensibilización y formación en diversidad sexual del personal. (PNSM).

Finalmente, la creación de la CNCASM, establecida por la Ley N° 19.529, ha sido una acción relevante para supervisar la implementación de la ley y garantizar que los derechos de las personas sean respetados. Si bien la Comisión está dentro del ámbito del MSP, tiene como cometidos fundamentales; supervisar las condiciones de las personas hospitalizadas y en residenciales tanto públicos como privados, 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, difundir información (en coordinación con INDDHH) sobre las normas aplicables a la atención en SM, particularmente las referidas a los DDHH de las personas con trastorno mental y mecanismos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional. (IMPO, 2022)

La transición del modelo tradicional de internación hacia un enfoque de atención comunitaria ha encontrado resistencia tanto dentro del sistema de salud como entre los propios profesionales. La práctica actual de incentivar a los trabajadores de la SM no sólo genera inequidades y obstaculiza la gestión y el desarrollo del modelo propuesto, sino que representa una discriminación estigmatizante hacia la SM (Propuesta para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en ASSE, 2018).

El decreto N° 305/011 del Poder Ejecutivo “Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud”. Se trata de una disposición que obliga a todos los prestadores integrales del SNIS a hacer innovaciones en nuevas áreas de la atención a la SM, con aspiraciones de complementariedad de la gestión público-privada, con la expresa

intención de disminuir la brecha significativa de necesidades terapéuticas de la población y los servicios a los que puede acceder para satisfacerlas (Fernández Castrillo, 2018)

Las desigualdades regionales también siguen siendo una preocupación central en la implementación de la ley. A pesar de los esfuerzos por integrar la SM en el sistema nacional de salud, persisten diferencias significativas en el acceso a los servicios, particularmente entre la capital, Montevideo, y las zonas rurales del país. Estas diferencias en la disponibilidad de recursos, infraestructura y servicios especializados en las regiones alejadas han creado una brecha en el acceso a la atención para muchas personas con trastornos mentales, lo que evidencia la necesidad de políticas específicas para garantizar una atención equitativa en todo el territorio nacional. (ASSE, 2018)

La CNCASM organizó la "Primera Jornada de Debate sobre la Implementación de la Ley" (2024), donde representantes de diversas instituciones discutieron los avances y obstáculos en la aplicación de la normativa, evidenciando la necesidad de fortalecer la coordinación entre los distintos sectores involucrados. Estos informes subrayan la importancia de mejorar la colaboración interinstitucional para implementar eficazmente políticas integrales en SM, asegurando una atención más efectiva y centrada en los derechos de las personas.

b) Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027

El PNSM tiene como propósito contribuir a mejorar la SM de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la SM, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los DDHH y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención.

Políticas públicas en intersectorialidad dentro del PNSM:

Uno de los ejes centrales del PNSM es la intersectorialidad, entendida como la articulación entre distintos sectores del Estado y la sociedad civil para abordar la SM de manera integral. El PNSM promueve la creación y fortalecimiento de ámbitos de coordinación departamental intersectorial, donde se integran actores de la salud, la educación, el trabajo, el desarrollo social y otros sectores. Estos espacios permiten la identificación de necesidades locales, el diseño de estrategias adaptadas a cada territorio y el monitoreo continuo del impacto de las acciones implementadas.

Políticas públicas en promoción y prevención dentro del PNSM:

- El PNSM aborda la promoción y prevención de la salud mental desde un enfoque integral de salud pública, considerando aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Implementa políticas intersectoriales para promover el bienestar y prevenir trastornos a lo largo de la vida.
- Incluye campañas para reducir el estigma, programas para fomentar hábitos saludables e inclusión social, intervenciones tempranas en infancia y adolescencia para fortalecer el desarrollo socioemocional y prevenir la deserción escolar, y acciones integrales para prevenir el consumo problemático de drogas en contextos educativos y laborales.

Políticas públicas en atención y tratamiento:

El PNSM promueve un modelo comunitario y en red para asegurar atención integral, continua y accesible a lo largo de la vida, con énfasis en el primer nivel de salud y mecanismos claros de referencia. Favorece la atención en el entorno comunitario, busca equidad en el acceso y calidad asistencial para toda la población, e implementa estrategias específicas para infancia, adolescencia y grupos vulnerables. Además, incluye dispositivos integrales para consumos problemáticos y garantiza atención adecuada a personas privadas de libertad.

El Proceso Asistencial Integrado busca garantizar una atención sanitaria eficiente, mejorando la salud y satisfacción de la población. Esto incluye el desarrollo de un Plan de Tratamiento Individualizado, elaborado de manera interdisciplinaria para asegurar la integralidad y continuidad del proceso asistencial. Los objetivos principales son: fortalecer la atención en SM con un enfoque comunitario y basado en la atención primaria; garantizar equidad y accesibilidad a servicios de SM dentro del SNIS; promover la desinstitucionalización y transformar el modelo asilar, priorizando la atención comunitaria; mejorar la calidad de la atención en SM, respetando los DDHH y estándares de calidad; priorizar la atención desde la infancia, con estrategias de prevención y promoción del bienestar psicosocial; realizar detección precoz y atención temprana en NNA, y proteger a poblaciones vulnerables; desarrollar programas para la atención de personas con riesgo de suicidio, demencia y víctimas de maltrato; implementar políticas de prevención y tratamiento de consumos problemáticos de sustancias; garantizar atención en SM para personas privadas de libertad, adaptando los servicios a sus necesidades específicas.

La implementación efectiva del PNSM depende del fortalecimiento de los recursos humanos mediante capacitación y dotación de personal especializado. Esto incluye mejorar la formación en promoción y prevención en SM, ampliar y especializar equipos de atención, y adecuar el personal al modelo comunitario y de desinstitucionalización. Además, se busca capacitar de forma intersectorial a equipos de salud y otros sectores relacionados (educación, justicia, etc.), y asegurar la integración de la LSM en la formación universitaria, alineando a los futuros profesionales con el nuevo modelo de atención.

Objetivos y Líneas Estratégicas del PNSM

El PNSM establece diversos objetivos con el fin de fortalecer la infraestructura de atención y mejorar la calidad del servicio, con énfasis en la recopilación y uso de datos para la planificación de políticas públicas. En primer lugar, uno de los objetivos más importantes es contar con datos rutinarios y actualizados sobre la situación de SM y la respuesta del sistema. Esto implica un enfoque en la creación y adaptación de sistemas de información, permitiendo la identificación de necesidades, el monitoreo de la oferta y demanda de servicios, y la evaluación continua de los procesos y resultados. Entre las líneas estratégicas para lograr este objetivo se destacan la construcción de un sistema de indicadores básicos que permita monitorear los avances en la atención en SM, y la implementación de mecanismos de recolección y análisis de datos.

El segundo objetivo del PNSM busca monitorear y evaluar las políticas implementadas a través de sistemas de recolección de datos no rutinarios, como encuestas de base poblacional. Esta estrategia es clave para conocer el impacto real de las políticas en la población, identificar áreas de mejora y ajustar las políticas según sea necesario. La evaluación periódica de los resultados es fundamental para garantizar que las políticas sean efectivas y que se logren los objetivos establecidos en la ley.

En lo que refiere a recursos, la asignación de los mismos dentro del SNIS es crucial para garantizar la continuidad del modelo y su sostenibilidad financiera. El objetivo es lograr un sistema de financiamiento sustentable que garantice el acceso oportuno a la atención, minimizando la brecha de recursos privados y públicos en SM. La implementación del PNSM ha representado un avance significativo en la construcción de un modelo más inclusivo y accesible de atención en SM. Sin embargo, persisten desafíos en términos de financiamiento, infraestructura, capacitación y resistencia profesional. Para que el PNSM cumpla con sus

objetivos a largo plazo, es fundamental superar estas barreras mediante una asignación adecuada de recursos, la implementación de estrategias de monitoreo continuo y la generación de un entorno favorable para el cambio dentro del sistema de salud.

Asimismo, plantea una transición crítica hacia un modelo de atención basado en la comunidad, con el objetivo de reducir la dependencia de instituciones psiquiátricas monovalentes y promover una atención integral que abarque todos los niveles de complejidad. La ley establece que el sistema de salud debe estructurarse a partir de una red única de servicios, la cual permita a las personas acceder a la atención desde el primer nivel de atención, en el ámbito comunitario, y, en caso de ser necesario, derivar a niveles más especializados a medida que evoluciona la situación de la persona.

Este modelo comunitario busca garantizar la continuidad del cuidado a lo largo de la vida de los pacientes, asegurando que las personas reciban una atención integral que incluya no solo los tratamientos médicos, sino también la rehabilitación psicosocial y el apoyo en su proceso de integración social. Un componente clave de este enfoque es la desinstitucionalización, que implica una reducción progresiva de las hospitalizaciones de larga duración en instituciones psiquiátricas, especialmente en aquellas dedicadas exclusivamente a la SM (monovalentes). En su lugar, se busca la creación de una gama de servicios comunitarios de calidad que ofrezcan atención médica, rehabilitación psicosocial y alternativas residenciales adecuadas, como viviendas protegidas y programas laborales (ASSE, 2018).

El rol de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) es central en la implementación de este modelo. Como el mayor prestador público de salud en Uruguay, ASSE tiene la capacidad de liderar este proceso de transformación. La organización y distribución territorial de los servicios de SM bajo su gestión son esenciales para cumplir con los objetivos del PNSM, que establece el cierre definitivo de las estructuras psiquiátricas monovalentes para el año 2025. Este desafío requiere de una reorientación de los recursos y una reestructuración significativa de las prácticas asistenciales, lo que implica modificaciones tanto a nivel organizativo como en las prestaciones accesibles para la población. La implementación exitosa de este modelo depende de un cambio estructural profundo en el sistema de salud, que permita no solo la creación de nuevos servicios, sino también la integración de los existentes en una red más eficiente y coherente.

c) Implementación y brecha de las Políticas públicas de Salud Mental

La implementación de la Ley N.º 19.529 ha estado marcada por importantes desafíos que permiten analizar sus dificultades desde los enfoques teóricos de implementación top-down y bottom-up. Desde una perspectiva top-down, se evidencia que, si bien existió una decisión política clara para aprobar la normativa —con un marco legal sólido, respaldo técnico del MSP y apoyo del Poder Ejecutivo—, la transmisión efectiva de estas decisiones a los niveles subnacionales y operativos fue fragmentaria. La falta de coordinación entre los distintos organismos involucrados, las limitaciones presupuestales y la ausencia de lineamientos claros en algunos aspectos técnicos obstaculizaron su aplicación homogénea.

A su vez, el enfoque bottom-up permite observar cómo, en los niveles locales, los actores encargados de implementar la política (como equipos de salud, autoridades departamentales o referentes comunitarios) se enfrentaron a restricciones estructurales y resistencia institucional. En muchos casos, la ausencia de recursos humanos formados, la escasa disponibilidad de dispositivos alternativos al modelo asilar, y la falta de acompañamiento técnico desde el nivel central impidieron que los principios rectores de la ley —como la atención comunitaria o la desinstitucionalización— se tradujera en prácticas concretas. Esta desconexión entre la formulación de la política y su ejecución refuerza la idea de que la implementación no es una mera etapa técnica o administrativa, sino un proceso político atravesado por disputas, resistencias y adaptaciones. La CNCASM, creada como órgano de seguimiento y evaluación, no logró consolidarse como un actor efectivo de monitoreo, limitando aún más las posibilidades de corrección de desvíos o rendición de cuentas.

En suma, la LSM constituye un caso paradigmático donde las limitaciones tanto en el diseño jerárquico como en la participación de los actores de base explican gran parte de su escasa implementación. Esta situación evidencia una brecha significativa entre el diseño normativo y la realidad operativa, reforzando la necesidad de abordar la implementación como un proceso político e intersectorial que requiere no sólo decisión estatal, sino también recursos, articulación y compromiso sostenido a lo largo del tiempo.

Durante la "Primera Jornada de Debate sobre la Implementación de la Ley 19.529" realizada en la Facultad de Psicología el 30 de septiembre de 2024, se identificaron algunas de estas problemáticas, destacándose la importancia de mejorar las condiciones laborales de los profesionales y de reducir las inequidades territoriales en la atención de SM. En este sentido, el

informe de la CNCASM en el cumplimiento de la LSM ha señalado dificultades específicas en el Plan de Acción 2022-2023, las cuales afectan distintas fases del proceso de atención y revelan la necesidad de ajustes en la implementación.

A continuación, se aplicarán las recomendaciones de Harguindeguy (2015) para evaluar cómo se ha ejecutado la Ley 19.529 y cómo estas fallas afectan la provisión de atención en SM.

1. Prever suficiente tiempo y recursos para el proceso

Uno de los principales obstáculos para la implementación de la LSM ha sido la falta de recursos suficientes y el tiempo limitado para poner en marcha todos sus aspectos. Según un informe de la CNCASM (comenzó a funcionar en 2018, estuvo acéfalo desde setiembre de 2021 hasta julio de 2022) del cumplimiento de la Ley, "la implementación se ha visto ralentizada por la escasez de personal especializado y por los recursos limitados asignados a los servicios de salud mental" (CNCASM, 2023). Además, el retraso en la asignación de recursos económicos ha impedido que se avance de manera sostenida en la construcción de nuevos dispositivos comunitarios, como las casas de medio camino, que son clave para el modelo de desinstitucionalización de la ley. Según lo señalado en el informe, "a pesar de la buena voluntad de los actores involucrados, las carencias materiales y logísticas han dificultado el desarrollo completo de los proyectos establecidos en la ley". Por lo tanto, la falta de tiempo y recursos ha sido un obstáculo importante en la implementación de la LSM, lo que evidencia la necesidad urgente de una mayor inversión para garantizar la efectividad de la política.

2. Facilitar la combinación de recursos necesarios en todas las fases de la implementación

La falta de coordinación interinstitucional ha sido otro factor determinante en las fallas de implementación. La CNCASM ha destacado que "persiste una carencia en la coordinación entre los distintos actores que deben intervenir, desde el MSP hasta las organizaciones sociales y los prestadores de servicios en el sistema de salud" (La Diaria, 2024). Esta falta de integración y comunicación entre las partes ha dificultado la asignación eficaz de recursos y ha ocasionado que la atención no llegue de manera equitativa a todas las regiones del país. Uno de los aspectos críticos identificados en "Primera Jornada de Debate sobre la Implementación de la Ley 19.529" es la debilidad del trabajo intersectorial. La lenta creación de dispositivos sustitutivos y la falta de articulación entre los distintos organismos responsables han dificultado la promoción de la SM y la detección temprana de los trastornos, especialmente en aquellas zonas con mayores inequidades territoriales. A esto se suma la fragilidad de los servicios de

Primer Nivel de Atención y ambulatorios, lo que ha reforzado las desigualdades entre el sector público y el privado, generando demoras en el acceso a los tratamientos y una descoordinación en la atención de los pacientes. Otro de los desafíos en la implementación ha sido la disponibilidad de equipos multidisciplinarios, una problemática que se hace aún más evidente en el sector privado. La escasez de profesionales especializados y la falta de propuestas para mejorar las condiciones laborales han generado un desgaste en el personal de SM, lo que compromete la calidad de la atención y dificulta la retención de trabajadores en este ámbito.

3. Asegurar que la teoría causal utilizada sea válida y adecuada para el contexto

Uno de los principios fundamentales de la LSM es la desinstitucionalización y la transición hacia un modelo comunitario de atención, que se basa en la idea de ofrecer apoyo psiquiátrico y psicológico fuera de las instituciones tradicionales, en entornos más integrados y cercanos a la comunidad. No obstante, a pesar de que esta teoría está bien fundamentada, en la práctica ha encontrado obstáculos importantes. La psicóloga Cecilia Baroni destaca que, aunque se han realizado esfuerzos para crear casas de medio camino como parte de este modelo, el proceso de desinstitucionalización ha sido más lento de lo esperado, debido a problemas como la falta de infraestructura adecuada y la escasez de personal capacitado en SM (Subrayado, 2024). Predomina el uso de tratamientos farmacológicos en detrimento de estrategias terapéuticas más integrales, y se ha identificado una carencia de dispositivos de transición, como hospitales de día y casas de medio camino, que faciliten la reinserción de los pacientes en la comunidad.

En conjunto, estos desafíos reflejan la complejidad de implementar una transformación profunda en el sistema de atención en SM. La transición hacia un modelo basado en la comunidad y en los DDHH requiere no solo de voluntad política y recursos adecuados, sino también de un cambio cultural profundo en la forma en que se concibe y se brinda la atención. Esto pone de manifiesto que, aunque la teoría de la desinstitucionalización y la atención comunitaria es válida, su aplicación no se ha ajustado completamente al contexto del sistema de SM en Uruguay, lo que ha dificultado que la ley se traduzca en mejoras concretas a nivel nacional.

4. Verificar la relación entre las organizaciones involucradas y asegurarse de que todos los agentes participantes tengan claridad sobre sus roles y responsabilidades

La implementación de la ley ha sido dificultada por la falta de claridad en los roles y responsabilidades de las distintas instituciones involucradas. En muchos casos, la LSM ha sido

interpretada de forma ambigua, lo que ha llevado a fallos de coordinación y a dificultades en la implementación de las políticas. La falta de alineación entre el MSP y otras entidades como el MIDES ha obstaculizado el avance de programas clave como los Centros de Atención a Poblaciones Vulnerables. Según un artículo de La Diaria, "hay deficiencias en la asignación de tareas y responsabilidades que generan retrasos y obstáculos en la ejecución de los planes de acción" (2023). En este sentido, también se ha señalado la escasa participación de los usuarios en la toma de decisiones sobre su tratamiento, lo que atenta contra el enfoque de derechos que promueve la ley. En cuanto al rol de las familias en los procesos de atención y rehabilitación, se ha señalado la falta de equipos sólidos y coordinados que aborden sus necesidades. Esto ha limitado su participación en los planes de tratamiento, a pesar de que su rol es fundamental para la recuperación de los pacientes.

5. Mantener buena comunicación y coordinación entre todos los actores del proceso

La falta de comunicación efectiva entre las autoridades centrales y las locales ha sido otro factor crítico que ha impedido que la LSM se implemente de manera coherente. A pesar de los esfuerzos por parte de algunas organizaciones sociales y profesionales de la salud, como lo resalta la psicóloga Cecilia Baroni, la coordinación sigue siendo deficiente. "Aunque se están haciendo esfuerzos por abrir nuevas plazas en hospitales y centros de tratamiento, estos avances no se traducen en una mejora sustancial en la calidad de la atención debido a la falta de comunicación entre los distintos niveles del sistema de salud" (Subrayado, 2024).

6. Asegurar que todos los escalones subalternos en la jerarquía administrativa sigan las órdenes de los superiores

Finalmente, uno de los problemas señalados en la implementación de la ley tiene que ver con la falta de seguimiento y control efectivo de las políticas en los niveles más bajos de la administración. La implementación de la LSM ha demostrado ser un desafío para los administradores locales que, debido a la falta de recursos y de instrucciones claras, no han podido cumplir con los plazos ni las directrices establecidas por los organismos superiores. Esto ha generado una brecha en la atención, especialmente en áreas rurales y zonas alejadas de los centros urbanos. Como menciona el artículo de Subrayado, "las dificultades en la aplicación del artículo 37 de la ley, que busca el cierre de las instituciones monovalentes, han sido un ejemplo claro de la falta de seguimiento efectivo en los niveles subalternos" (2024).

A la vez hay que destacar que en la pandemia de COVID-19 en Uruguay no solo se desvió la atención de la implementación de la LSM, sino que también exacerbó las problemáticas preexistentes en el ámbito de la SM. Las medidas de aislamiento, el temor al contagio y las restricciones sociales generaron un aumento significativo en los trastornos de ansiedad, depresión y dificultades para conciliar el sueño. Según un estudio realizado entre marzo de 2020 y junio de 2021, se observó un incremento del 25,6% en los trastornos de ansiedad, especialmente en zonas con menor movilidad humana. Además, la población femenina, los niveles educativos medios y altos, y el desempleo se asociaron con una mayor prevalencia de ansiedad y tristeza. La crisis sanitaria también afectó al personal de salud, quienes experimentaron alteraciones en su SM debido al contacto directo con pacientes COVID-19 y la carga emocional asociada. Este contexto de crisis sanitaria y emocional dificultó aún más la implementación efectiva de la LSM, que ya enfrentaba desafíos relacionados con la falta de recursos y personal especializado. La pandemia subrayó la necesidad urgente de fortalecer los servicios de SM y garantizar su accesibilidad para toda la población, especialmente en momentos de crisis colectiva (Castellano, 2023).

Grindle (2009) menciona dos factores fundamentales de brecha de implementación que se vinculan directamente con la implementación de la LSM. Por un lado, las condiciones políticas son un factor determinante en la implementación de políticas públicas, ya que influyen directamente en el grado de apoyo y el compromiso con la política en cuestión. Este apoyo político debe ser continuo y consistente para que las políticas se lleven a cabo de manera efectiva. En el caso de la LSM, la implementación de esta se ha visto significativamente afectada por condiciones políticas desfavorables, particularmente en relación con la falta de un compromiso sostenido por parte de los actores políticos involucrados. Uno de los factores más relevantes que contribuyó a este desinterés político fue la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19.

Como bien señala el Informe de la CNCASM (2023), la pandemia generó una desviación de recursos y atención hacia la emergencia sanitaria, lo que retrasó y ralentizó los esfuerzos destinados a la implementación de políticas previas, incluida la LSM. En consecuencia, la SM no fue considerada una prioridad en el contexto de la emergencia, lo que contribuyó a la postergación de varios proyectos clave previstos por la ley, como la expansión de servicios de atención comunitaria y la desinstitucionalización. Este cambio en la agenda política, sumado a la ausencia de un liderazgo claro en la implementación de la ley, limitó el progreso de las

acciones estipuladas. A pesar de la promulgación de la ley, la falta de seguimiento y de priorización política en el contexto de la pandemia han impedido la ejecución efectiva de las medidas contenidas en la misma.

El segundo factor fundamental identificado por Grindle se refiere a los recursos institucionales y administrativos, los cuales son cruciales para la puesta en práctica de las políticas públicas. Este aspecto abarca tanto los recursos humanos, como la infraestructura necesaria para implementar las reformas, así como los recursos financieros que aseguran su viabilidad. En el caso de la LSM, la implementación se ha visto gravemente afectada por la escasez de recursos en estos tres niveles. Uno de los mayores desafíos ha sido la insuficiencia de personal especializado en el área de SM. Según el informe de la CNCASM (2023), el número limitado de psicólogos, psiquiatras y otros profesionales especializados en el sistema de salud pública ha dificultado la expansión de los servicios contemplados por la ley. Esto ha afectado particularmente la creación de nuevas unidades de atención en SM y la puesta en marcha de iniciativas como las casas de medio camino, que forman parte de la estrategia de desinstitucionalización. Además, los recursos financieros limitados y la distribución desigual de los mismos entre las distintas regiones del país han profundizado las disparidades en el acceso a los servicios de SM. Aunque la ley contempla una expansión de los servicios a nivel nacional, la falta de coordinación interinstitucional y la ausencia de un plan estratégico claro para la asignación de recursos han provocado que las zonas más alejadas de los grandes centros urbanos queden desatendidas. En este sentido, la desigualdad en la distribución de recursos y la ausencia de un sistema de gestión eficiente han sido factores determinantes en la implementación fragmentada de los servicios de SM.

6) Conclusiones

El Programa Nacional de Salud Mental de 1986 y la Ley N° 9.581 (de 1936) son los antecedentes de la ley de 2017, que, aunque avanzaron en términos conceptuales, enfrentaron dificultades en su implementación, en gran parte debido a la falta de recursos, la resistencia de sectores profesionales y las limitaciones estructurales. La Ley N° 19.529 logró consolidar los avances previos y marcar un cambio conceptual, pero sigue enfrentando retos en su aplicación práctica, como la insuficiencia de recursos humanos y económicos y la necesidad de una coordinación interinstitucional más eficiente.

La Ley de Salud Mental surge tras un proceso histórico que implicó un cambio de paradigma, desde la atención institucionalizada hacia un modelo comunitario e inclusivo, centrado en los derechos humanos, la autonomía y el consentimiento informado. Este avance fue impulsado por denuncias sobre condiciones inhumanas en colonias psiquiátricas y el respaldo técnico de organismos internacionales como la OMS y OPS. La LSM promueve la desinstitucionalización y la integración de la salud mental en las políticas públicas, con énfasis en la atención comunitaria y la lucha contra el estigma. La creación de la CNCASM y la implementación progresiva de la ley evidencian un compromiso hacia la transformación del sistema, aunque persisten desafíos para su plena ejecución.

El Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) prioriza la intersectorialidad y un modelo de atención comunitario que articula redes y fortalece el primer nivel de atención, con foco en la promoción, prevención y rehabilitación psicosocial. Sin embargo, la equidad territorial y la asignación adecuada de recursos siguen siendo retos clave para garantizar la sostenibilidad y efectividad del sistema.

Observando la implementación de la Ley N.º 19.529 desde una perspectiva teórica, las brechas de implementación pueden explicarse por las dinámicas observadas en los enfoques top-down y bottom-up. Si bien la política fue inicialmente respaldada por una fuerte decisión política, las dificultades prácticas derivadas de la falta de recursos, coordinación interinstitucional y resistencia estructural en los niveles locales obstaculizaron su implementación efectiva. El análisis de la brecha de implementación, según Grindle (2009), destaca la importancia de un compromiso político sostenido y una adecuada asignación de recursos. La crisis política y los recursos limitados han sido factores decisivos en el retraso de la implementación efectiva de la ley.

La falta de liderazgo y una gestión administrativa eficiente también han dificultado la ejecución de medidas clave, como la creación de servicios alternativos a las instituciones monovalentes y la expansión de la atención comunitaria. La ley sigue enfrentando una brecha importante entre su diseño y su ejecución, lo que resalta la necesidad de un enfoque integral y coordinado que involucre a todos los actores clave, así como un ajuste de las políticas a las realidades locales y nacionales.

A través de los programas de gobierno de los partidos que han integrado la coalición anterior y el actual gobierno del FA, se observa un enfoque progresivo en la atención a la SM, aunque persisten desafíos en la accesibilidad, recursos y cobertura.

El FA, que actualmente lidera el gobierno, ha destacado la situación de la SM como una "emergencia país", con un enfoque particular en la población policial, y se plantea la implementación de un programa específico para la salud mental de los policías, que incluiría atención psicológica en situaciones de urgencia y equipos interdisciplinarios especializados, subrayando la necesidad de garantizar un "acceso universal a todas las prestaciones de prevención y promoción, diagnóstico, rehabilitación en todo el SNIS", y asegurando que el plan incluirá "acciones para el abordaje familiar y comunitario" (Programa de Gobierno del Frente Amplio 2025-2030, p. 45). El FA busca transformar el abordaje de la salud mental en Uruguay, priorizando la prevención, la accesibilidad y la integración de la atención en la comunidad, con un enfoque específico en la descentralización y la atención a poblaciones vulnerables.

Por otro lado, los partidos que integraron la Coalición Republicana, el PN, Cabildo Abierto (CA), Partido Colorado (PC) y Partido Independiente (PI), también han realizado esfuerzos en esta área. El PN ha insistido en la necesidad de "continuar el esfuerzo por mejorar la calidad de vida, el bienestar y la salud de la población", con especial énfasis en "disminuir los tiempos de acceso a los servicios" y en mejorar la "capacitación, seguridad y derechos de los trabajadores de la salud" (Programa de Gobierno del Partido Nacional 2025-2030, p. 129). Asimismo, el PN ha implementado medidas como la "Línea de Apoyo Emocional 0800 1920" y ha destinado fondos para la creación de nuevos dispositivos de atención, un paso clave en el fortalecimiento del sistema de SM en el país (Programa PN, p. 130). CA propone continuar con el desarrollo del PNSM, enfocándose en la prevención del suicidio y en ampliar la oferta de servicios. Reconoce las brechas existentes entre la demanda y la disponibilidad de servicios y plantea la creación de más centros de salud mental para una atención integral. (Programa de Gobierno de Cabildo Abierto 2025-2030, p. 6). El PI no incluye referencias explícitas a la implementación

de la LSM ni propuestas específicas vinculadas al fortalecimiento del sistema de atención en esta área. El PC propone crear 25 centros de salud mental en todo el país para mejorar el acceso y reducir desigualdades. Busca fortalecer el sistema público, promover la telemedicina y atender especialmente a poblaciones vulnerables como adolescentes, adultos mayores y policías. También impulsa campañas para reducir el estigma y la inclusión de contenidos sobre salud mental en la educación. En adicciones, prevé ampliar centros de tratamiento y fortalecer la red pública, incluyendo programas específicos para personas privadas de libertad. (Programa de gobierno Partido Colorado 2025-2030)

Finalmente, se pueden esbozar algunas posibles hipótesis derivadas del estudio realizado. Estas hipótesis no pretenden agotar el tema, sino más bien abrir nuevas líneas de indagación que permitan comprender en mayor profundidad las dinámicas, tensiones y desafíos que atraviesan las políticas públicas de SM en el país:

- La ausencia de un sistema robusto de evaluación y monitoreo ha dificultado la implementación efectiva de la LSM, generando brechas persistentes entre lo normativo y lo operativo.
- La voluntad política inicial no fue acompañada de una asignación presupuestal sostenida, lo cual afectó negativamente el despliegue territorial de los servicios comunitarios de SM.
- La implementación de políticas públicas en SM ha estado más influida por la capacidad institucional de los territorios que por lineamientos nacionales uniformes.
- Los actores burocráticos de nivel medio han tenido un rol clave en la interpretación e implementación de la Ley, generando resultados variables según contexto y gestión local.
- El discurso de los programas de gobierno en torno a la SM no se tradujo en prioridades reales de ejecución durante el período 2020–2024.
- La participación de actores sociales en la implementación de la LSM ha sido más simbólica que efectiva, limitando el enfoque de derechos planteado por la norma.
- La fragmentación institucional del sistema de SMI en Uruguay es una barrera estructural que seguirá reproduciéndose si no se reformulan mecanismos de coordinación interinstitucional.
- El cambio de ciclo político podría reconfigurar las prioridades en SM, afectando tanto la continuidad de las políticas como el enfoque centrado en la comunidad.
- Las tensiones entre el modelo médico tradicional y el modelo comunitario seguirán presentes mientras no se generen dispositivos de formación y trabajo interdisciplinario sostenidos.

Estas hipótesis no solo brindan una base para futuras investigaciones, sino que también apuntan a la necesidad de profundizar en el análisis de la implementación de la LSM en Uruguay, con el objetivo de mejorar su efectividad y garantizar una atención integral y accesible para toda la población.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguilar Villanueva, L. (Ed.). (1992). *La hechura de las políticas: Estudio introductorio* (pp. 15–40). México, D.F.: Porrúa.
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). (2018). *Propuesta para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en ASSE: 1.ª Etapa - 2019-2020*. <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377%2C70787=>
- Baroni, C. (2015). *Perspectivas y proyecciones de la salud mental en el Uruguay* [Informe Serpaj 2015].
- Beltrán, M. J., Remersaro, L., & Zubillaga, D. R. (2021). Derechos humanos, legislación y salud mental en Uruguay: Tensiones en el campo normativo en tiempos de reforma. En *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI* (pp. 62–106). Fondo de financiación a Proyectos de Investigación y Desarrollo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República.
- Cámara de Representantes. (2020). *Informe N° 212 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social*.
- Cámara de Representantes. (2021). *Informe N° 433 de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social*.
- Cámara de Senadores. (2020). *Acta de la Comisión de Salud Pública del Senado del 1 de septiembre de 2020*. <https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/senadores/comisiones/347/comision-actuacion?Fechadesde=2020-02-15&Fechahasta=2025-02-14&page=6>
- Cámara de Senadores. (2020). *Acta de la Comisión de Salud Pública del Senado del 6 de octubre de 2020*. <https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/senadores/comisiones/347/comision-actuacion?Fechadesde=2020-02-15&Fechahasta=2025-02-14&page=6>
- Cámara de Senadores. (2020). *Acta de la Comisión de Salud Pública del Senado del 13 de octubre de 2020*. <https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/senadores/comisiones/347/comision-actuacion?Fechadesde=2020-02-15&Fechahasta=2025-02-14&page=6>
- Casarotti, H. L. (2015). Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(2), 137–151. https://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/12/07_ASM.pdf

- Castrillo, B. F., Palombo, C., & Moreira, A. (2018). Políticas de salud mental en el Uruguay actual: Algunos resultados de investigación. *Argumentum*, 10(3), 94–106.
- Castellano, G., Herrera, G., Heinzen, J., & Alfonso, D. (2023). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental en Uruguay. *Alerta*, 6(2), 125–132. <https://portal.amelica.org/ameli/journal/419/4194315007/html/>
- Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores. (2015–2020). *Informe de la Comisión de Salud y Seguridad Social*.
- Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados. (2015–2020). *Informe de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social*.
- Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. (2024). *Puntos críticos en la implementación de la Ley 19.529: La mirada de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental*. <https://salud.psico.edu.uy/sites/salud/files/2024-06/Puntos%20cr%C3%ADticos%20en%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20la%20Ley%2019529%20FINAL.pdf>
- de León, N. (Coord.). (2013). *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC).
- Dos Santos, V. R. (2020). *Cambio de paradigma en el abordaje en salud mental a partir de la implementación de la Ley de Salud Mental 19.529* [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/trabajos_finales/archivos/tfg_vr_dos_santos.pdf
- Dotti, G. (2024). Salud mental en Uruguay: Ley 19.529 desde su implementación hasta la actualidad. *Revista Uruguaya de Enfermería (En línea)*, 19(1).
- Fernández Castrillo, B. (2018). La encrucijada de la salud mental en el Uruguay progresista. *ConCienciaSocial*, 1(2), 29–49. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19939>
- Frente Amplio. (2024). *Programa de Gobierno 2025–2030*. <https://www.gub.uy/corte-electoral/comunicacion/publicaciones/programas-gobierno-nacional>
- González Lázaro, C. (2020). *La situación de la Salud Mental en Uruguay y la aplicabilidad de la Ley de Salud Mental n° 19.529 en el marco de la emergencia sanitaria, social y económica provocada por la pandemia del COVID-19* [Trabajo final de grado, Universidad de la República].

https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/trabajos_finales/archivos/tfg_camila_gonzalez_lazaro.pdf

- Grindle, M. (2009). La brecha de la implementación. En F. Maríñez Navarro et al. (Coords.), *Política pública y democracia en América Latina: Del análisis a la implementación* (pp. 33–51). México D.F.: Porrúa.
- Gutiérrez Alcalá, R. (2021, febrero 18). De manicomios a instituciones de salud mental. *Gaceta* UNAM.
<https://www.gaceta.unam.mx/de-manicomios-a-instituciones-de-salud-mental/>
- Harguindeguy, J.-B. (2015). *Análisis de políticas públicas*. Madrid: Tecnos.
- IMPO. (2017). *Ley N.º 19.529 de Salud Mental*. Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- IMPO. (2022, mayo). *La ley en tu lenguaje, guía normativa: Ley N° 19.529 de 24/08/2017 (Ley de Salud Mental)*. <https://www.impo.com.uy/salud-mental/>
- Jiménez, S. (2021). Desafíos en la implementación de la Ley 19.529 de salud mental en Uruguay: Un análisis desde la perspectiva de los recursos y la capacitación. *Journal of Public Health Policy*, 15(3), 45–67.
- Kakuk, M. J. (2013). Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario. *Salud Mental en Debate*.
- La Diaria. (2018, abril 19). Implementación de la Ley de Salud Mental: A ocho meses de su aprobación se desconoce cómo se hará; hay resistencia de los trabajadores. *La Diaria*.
<https://ladiaria.com.uy/articulo/2018/4/implementacion-de-la-ley-de-salud-mental/>
- Ley N.º 9581. (1936). *De asistencia de psicópatas*.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.
- Méndez, R. (2019). Resistencia al cambio en el modelo de atención en salud mental: El caso de la Ley 19.529 en Uruguay. *Revista Latinoamericana de Salud Mental*, 12(2), 34–50.
- Meny, I., & Thoenig, J. C. (1992). *Las políticas públicas* (pp. 89–108). Madrid: Editorial Ariel.
- Ministerio de Salud Pública. (1986). *Programa Nacional de Salud Mental*. Premier.
- Ministerio de Salud Pública. (2015, julio 21). *Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay: Área Programática para la Atención en Salud Mental*.

- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental*. Montevideo: Gobierno de Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública. (2019, agosto 23). *Ordenanza N° 1.046/019: Red de atención Salud Mental*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1046-019-red-atencion-salud-mental>
- Ministerio de Salud Pública. (2020, febrero 26). *Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027*.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Montevideo Portal. (2015, marzo 31). Historia e imágenes de la Colonia Etchepare. *Montevideo Portal*.
<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Historia-e-imagenes-de-la-Colonia-Etchepare-uc266637>
- Morosi, C., Díaz, Á., & Martínez, L. (2020). Las redes comunitarias y familiares en el tránsito hacia la externación sustentable en el contexto de la reforma del modelo de atención de salud mental en Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 15(1).
<https://doi.org/10.33517/rue2020v15n1a1>
- Otheguy, M. (2015, marzo 31). Historia e imágenes de la Colonia Etchepare. *Montevideo Portal*.
https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Historia-e-imagenes-de-la-Colonia-Etchepare-uc26663*
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). *10 principios básicos para la legislación en la atención a la salud mental*. Ginebra: OMS.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Grupo Editorial CINCA.
- Partido Cabildo Abierto. (2024). *Programa de Gobierno 2025–2030*.
<https://www.gub.uy/corte-electoral/comunicacion/publicaciones/programas-gobierno-nacional>
- Partido Colorado. (2024). *Programa de Gobierno 2025–2030*.
<https://www.gub.uy/corte-electoral/comunicacion/publicaciones/programas-gobierno-nacional>

- Partido Independiente. (2024). *Programa de Gobierno 2025–2030*. <https://www.gub.uy/corte-electoral/comunicacion/publicaciones/programas-gobierno-nacional>
- Partido Nacional. (2024). *Programa de Gobierno 2025–2030*. <https://www.gub.uy/corte-electoral/comunicacion/publicaciones/programas-gobierno-nacional>
- Piñar Ramírez, A. (2021, octubre 7). ¿Cuál ha sido el camino recorrido por la salud mental? *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20211007/7523365/cual-sido-camino-recorrido-salud-mental.html>
- Presidencia de la República. (2023). *Resumen ejecutivo: Plan nacional para el abordaje de la salud mental y adicciones*. https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2023/noticias/AK_998/plan_salud_mental_adicciones.pdf
- Revista de Psiquiatría del Uruguay. (2016). Comentarios al Proyecto de Ley de Salud Mental remitido al Parlamento Nacional por el Poder Ejecutivo en diciembre de 2015. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(1), 5–10. https://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2016/09/06_ASM_2.pdf
- Revuelta Vaquero, B. (2009). La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, 16(1). <https://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/1379>
- Rivas, E. L., Área, E. D. C. D. S., Arbulo, E. V., & Oreggioni, E. I. (2012). Las cuentas de salud en la construcción del SNIS. En *Avances en la Consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud* (p. 104). Montevideo, Uruguay.
- Sabatier, P. A., & Mazmanian, D. A. (1981). *The Implementation of Public Policy*. University of California Press.
- Secretaría de Gestión, Ministerio de Salud Pública. (2022). *Informe anual sobre el estado de la implementación de la Ley N° 19.529*. Ministerio de Salud Pública.
- Silva Cabrera, J. C. (2020). *Salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay: Tensiones y acuerdos en el plan de implementación de prestaciones de salud mental* [Tesis de doctorado, FLACSO Argentina].
- Subirats, J., et al. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Subrayado. (2024, octubre 10). Especialista advierte por lentitud en implementación de Ley de Salud Mental e incumplimiento en cierre de instituciones. *Subrayado*.

https://www.subrayado.com.uy/especialista-advierte-lentitud-implementacion-ley-salud-mental-e-incumplimiento-cierre-instituciones-n959408*

- Universidad de la República. (2017). *Salud mental, comunidad y derechos humanos* / Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria. Psicolibros Universitarios.