



**Ciencias Sociales**  
Universidad de la República  
URUGUAY



**Trabajo  
Social**

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**Licenciatura en Trabajo Social**

**De lo interinstitucional a lo intersectorial: desafíos en la  
gestión de políticas públicas en salud mental en Uruguay**

**Damián Suárez Olivera.**

**Tutora: María José Beltrán.**

**Noviembre, 2025.**

## Agradecimientos

Deseo expresar, en primer lugar, mi profundo agradecimiento a mi madre y a mi padre. Soy plenamente consciente de que no habría alcanzado esta meta sin las oportunidades, el apoyo y el amor que siempre me brindaron.

Extiendo además mi gratitud a mis hermanas, a mi sobrino y sobrinas, quienes han sido una presencia constante, sosteniendo con cariño y acompañamiento cada etapa de este camino.

A mis amigas y amigos de siempre, y a quienes se han sumado en distintos momentos de mi vida, les agradezco por estar, por sostener y por acompañar incluso en los momentos más difíciles. Su presencia, muchas veces silenciosa pero indispensable, ha sido fundamental para llegar hasta aquí.

A la Dra. María José Beltrán, mi tutora, por su acompañamiento durante este proceso y por su disposición y la calidez con las que siempre orientó mi trabajo.

A mis compañeros y compañeras de trabajo del Hospital Vilardebó, especialmente del Departamento de Trabajo Social, les agradezco el aprendizaje cotidiano. Su compromiso, su ética y la calidad humana y profesional con que trabajan han sido una referencia constante.

Al equipo y compañeros y compañeras de Casa Samsari, con quienes comparto una forma distinta y desafiante de pensar y acompañar la salud mental, les agradezco el sostén mutuo, la apertura al aprendizaje permanente y la construcción colectiva que realizamos día a día.

A Casa Molengo, que representa también una forma distinta y desafiante de pensar y acompañar la salud mental, agradezco el pensamiento crítico compartido, el intercambio y el aprendizaje constante.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de una u otra manera, han formado parte de este proceso. Cada gesto, cada palabra y cada presencia han contribuido a que este trabajo sea posible.

## Resumen

El presente trabajo proporciona una reflexión acerca del lugar que ocupa actualmente la intersectorialidad en el campo de la salud mental en nuestro país, a partir de la promulgación de la ley de salud mental n.º 19.529.

Es posible afirmar que la intersectorialidad se entiende como un modelo de gestión de políticas públicas. Para que funcione, es necesario crear una estructura que posibilite un accionar en común entre los distintos ministerios, instituciones, organismos; buscando abordar las problemáticas sociales desde enfoques multidisciplinarios y distintos saberes. Particularmente, en salud mental, la intersectorialidad se ha presentado como el camino posible y necesario hacia la concreción de objetivos planteados en la ley.

Para estudiar el lugar que se le ha otorgado a la intersectorialidad en la gestión de los procesos de reforma, se han realizado entrevistas a informantes claves que han participado en instancias intersectoriales desde el año 2021.

A partir de este estudio es posible afirmar que con la aprobación de la ley de salud mental y con la intersectorialidad como herramienta para ello, se pueden observar algunos avances en lo que refiere a la atención de la salud mental, específicamente, la apertura de distintos servicios con un enfoque comunitario. Igualmente, también se visualiza que no son suficientes los dispositivos que se han abierto desde aprobada la ley hasta la fecha, dejando en evidencia que las dificultades que presenta la intersectorialidad no han sido resueltas aún.

**Palabras claves:** Intersectorialidad; Salud mental; Ley de Salud Mental.

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
Objetivos.....	6
Justificación .....	7
Estrategia metodológica.....	8
Organización del trabajo .....	8
<b>Capítulo I. ¿Qué es la intersectorialidad? .....</b>	<b>9</b>
Niveles de intersectorialidad .....	11
Contexto necesario para la intersectorialidad .....	13
<b>Capítulo II. ....</b>	<b>15</b>
Recorrido histórico de políticas públicas de atención de salud mental en Uruguay 16	
Ley de Salud Mental nº 19.529 .....	20
<b>Capítulo III: Salud mental e intersectorialidad .....</b>	<b>23</b>
Intersectorialidad en salud mental: el caso de Uruguay.....	24
Componentes de la intersectorialidad en salud mental en nuestro país .....	26
Avances de la intersectorialidad en salud mental en Uruguay.....	28
Desafíos de la intersectorialidad en Salud Mental en Uruguay.....	33
Desafíos en la participación ministerial .....	34
El liderazgo en la intersectorialidad: un factor clave para la implementación exitosa .....	36
El desafío de la voluntad política en la intersectorialidad.....	38
Tensiones y desafíos organizativos en la implementación de la intersectorialidad	39
La participación del sector privado: un desafío pendiente .....	40
Resumen de los desafíos de la intersectorialidad en salud mental.....	40
<b>Reflexiones finales .....</b>	<b>42</b>
Desafíos en la implementación de la intersectorialidad .....	42
Avances logrados y cambios estructurales.....	43
Recomendaciones y perspectivas futuras .....	43
<b>Referencias bibliográficas: .....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>48</b>

## Introducción

Este documento se constituye como la monografía final de grado, requisito curricular obligatorio para la obtención del título de Licenciado en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.

El presente trabajo se enfoca en analizar el lugar que ocupa la intersectorialidad como herramienta, dentro del proceso de reforma en la atención de salud mental en Uruguay, teniendo en cuenta el contexto de la implementación de la ley n° 19.529. Se busca comprender cómo se conceptualiza, se ponen en práctica las acciones intersectoriales y cuáles son los principales desafíos que enfrenta la intersectorialidad como herramienta en el marco de las políticas públicas y modelos de atención actuales.

En nuestro país, la aprobación de la ley n° 19.529 en el año 2017 significó un cambio en la manera de atender la salud mental priorizando la perspectiva comunitaria, la desinstitucionalización y los derechos humanos. Sin embargo, la aplicación de este modelo y de la intersectorialidad como estrategia para dar respuestas a las distintas problemáticas de la salud mental, contienen varios obstáculos también, como por ejemplo la falta de integración intersectorial.

El objetivo de este trabajo será conocer el lugar de la intersectorialidad en el campo de la salud mental, considerando el marco actual del proceso de reforma que establece la ley n° 19.529.

### **Objetivos**

Los objetivos específicos de este estudio son:

- a) enunciar los distintos conceptos y significados de la intersectorialidad como modelo de gestión de políticas públicas;
- b) describir la evolución de los modelos de atención de la salud mental mediante el análisis de la implementación de distintas políticas en relación con dicho campo en nuestro país, y finalmente,
- c) analizar los avances y desafíos que enfrenta actualmente la intersectorialidad en salud mental, considerando lo establecido en la ley n° 19.529.

A partir de los aportes teóricos revisados en el presente trabajo, surge la necesidad de problematizar el lugar de la intersectorialidad como estrategia posible frente a las distintas problemáticas que atraviesan a las personas, comunidades y sociedades. Si bien se presenta a la intersectorialidad como un posible camino para abordar la multicausalidad de las mencionadas problemáticas, se evidencian tensiones y obstáculos importantes para su implementación. Entre ellos, la falta de voluntad política sostenida y de mecanismos institucionales que den garantía de su desarrollo como modelo de gestión. Esto plantea interrogantes sobre las condiciones reales para su aplicación efectiva y sobre la eficacia de las distintas acciones que se han llevado a cabo hasta ahora en ese sentido.

## Justificación

La motivación para la elección del tema se fundamenta en la experiencia pre - profesional desarrollada en el marco de la formación en Trabajo Social y en los espacios de trabajo que ocupó actualmente.

La experiencia pre - profesional se llevó a cabo en el Hospital Vilardebó, hospital psiquiátrico referente a nivel nacional en salud mental; y, por otro lado, los espacios de trabajo que ocupó son en Casa Samsari y Casa Molengo, centros especializados en patología dual<sup>1</sup>. Estos centros, con modalidad de 24 horas, nacen a partir de lo establecido por la ley de salud mental n° 19.529, y como resultado de un trabajo intersectorial.

Estas experiencias han permitido visibilizar algunas tensiones y desafíos que surgen al intentar implementar un modelo de trabajo intersectorial. En tal sentido, el estudio de la intersectorialidad cobra relevancia no porque ofrezca en sí misma una solución definitiva, sino porque puede llegar a constituirse en una herramienta valiosa dentro del proceso de construcción de un modelo de atención en salud mental más integral, articulado y sensible a la complejidad de las realidades sociales. Su análisis no sólo resulta pertinente desde un punto de vista académico, sino que además puede contribuir con insumos para fortalecer el modelo de atención y acompañar procesos de transformación del sistema.

---

<sup>1</sup> Patología dual: este término se utiliza en el campo de la salud mental para describir a personas que presentan de forma simultánea un diagnóstico en salud mental y consumo problemático de sustancias.

## Estrategia metodológica

Considerando el objeto de estudio y los objetivos del presente trabajo, la estrategia metodológica seleccionada se funda en un tipo de investigación con un enfoque cualitativo, cuya secuencia de trabajo implicó: una revisión bibliográfica en relación con conceptos y definiciones de lo que se entiende y define por intersectorialidad (se realizó una revisión bibliográfica para arribar a los procesos de reforma en Uruguay en lo que refiere a la atención en salud mental), y entrevistas a informantes claves.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a distintos actores profesionales que se encuentran vinculados al campo de la salud mental, quienes, por su rol y trayectoria, aportan una mirada situada sobre la intersectorialidad en el marco actual de reforma. Entre las personas entrevistadas se encuentran profesionales que están o estuvieron involucrados en la gestión y coordinación intersectorial. A partir de sus aportes, se indaga sobre los avances, tensiones y desafíos que presenta la implementación de la intersectorialidad en el contexto actual.

## Organización del trabajo

El trabajo se organiza en tres capítulos: en el primer capítulo se busca conceptualizar la noción de intersectorialidad como modelo de gestión de políticas públicas. Además, se caracteriza la intersectorialidad mediante la descripción de sus grados o niveles y también del contexto político e institucional necesario para que la misma se pueda implementar.

El segundo capítulo está dividido en dos partes: por un lado, se realiza un recorrido histórico que contextualiza los procesos y cambios ocurridos en nuestro país, los cuales propiciaron el escenario necesario para la aprobación de la ley n° 19.529; y, por otro lado, se presenta un breve análisis de dicha ley, con el fin de exponer como se establece la implementación de la intersectorialidad en ella.

Luego, en el tercer capítulo, se indaga sobre los avances y desafíos que enfrenta la intersectorialidad en salud mental a partir del testimonio de los informantes calificados.

Finalmente, se realizan algunas consideraciones finales a modo de cierre del presente trabajo.



# Capítulo I.

## ¿Qué es la intersectorialidad?

La intersectorialidad ha comenzado a reconocerse como un modelo de gestión de políticas públicas el cual puede entenderse necesario para el abordaje e implementación de las políticas del sistema de protección social, que tienen como cometido final el combatir o amortiguar las desigualdades sociales.

La idea de acción intersectorial en la implementación de políticas públicas ha ganado terreno e importancia con el pasar del tiempo, y se puede entender necesaria para combatir los distintos problemas sociales que acompañan a las sociedades.

La matriz de protección social tiene como finalidad asegurar el ejercicio de los derechos humanos. En este marco, la vinculación entre derechos humanos y políticas públicas - según señala De León, de Pena y Silva (2020) - es una incorporación reciente en los distintos discursos políticos y técnicos, con antecedentes que se remontan al año 2010.

La idea de intersectorialidad ya se visualizaba en la reforma italiana, impulsada por Basaglia en la década de 1970. Esta reforma corre del eje central a la psiquiatría tradicional y busca poner en juego los determinantes sociales y políticos de la salud mental. Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad de generar distintas respuestas que trascienden el paradigma médico - sanitario, reconociendo que deben construirse a partir de diversos saberes y no únicamente del ámbito médico, y que su formulación y puesta en práctica deben realizarse mediante políticas intersectoriales (que integren la perspectiva de Derechos Humanos) (De León, de Pena y Silva, 2020).

Entonces ¿por qué se entiende necesaria la intersectorial como modelo de gestión de políticas públicas al momento de combatir los problemas sociales? Esto se debe a que los problemas sociales son multicausales, volviendo necesaria la combinación de varios enfoques interrelacionados que expliquen el mismo. Los problemas sociales, como por ejemplo la pobreza, la violencia doméstica, entre otros, son consecuencia de múltiples factores interrelacionados, como ser factores económicos, sociales, culturales, psicológicos, etc.

Entonces, se ha observado un mayor interés en la intersectorialidad como eje central en las nuevas formas de gestión que tienen las políticas sociales. Cuando se alude a la

intersectorialidad como forma de relacionarse entre distintos sectores del gobierno, ya no se busca mejorar el desempeño en la provisión de servicios públicos, sino que se busca ir más allá de eso, se busca dar soluciones a las distintas problemáticas que atraviesan las personas (Cunill - Grau, 2014).

Ahora bien, comencemos por definir e intentar comprender qué hablamos cuando hablamos de intersectorialidad.

Existen al respecto distintas concepciones al momento de hablar de intersectorialidad. De León, de Pena y Silva (2020) plantean que existen por lo menos dos: una vinculada a la coordinación de los distintos servicios estatales a modo de optimizar los mismos; y otra concepción vinculada a lo político y las funciones de las distintas instituciones del Estado. En tal sentido, los autores sostienen: “El Estado es agente principal en la responsabilidad de generar esas condiciones al regular y limitar justamente a través de la política pública, el impacto de las reglas del mercado sobre esas condiciones” (De León, de Pena, Silva, 2020, p.8). Se refieren a que es el Estado quien debe garantizar la vida digna y así amortiguar a través de las políticas públicas, las desigualdades que el propio sistema tiene. Entonces, la intersectorialidad es entendida como la intervención coordinada de distintas instituciones que representan a más de un sector social, con acciones enfocadas en combatir los problemas relacionados con la salud, el bienestar y también la calidad de vida; consiste entonces en pasar de una cooperación a la coordinación de acciones dirigidas a un mismo problema (Castell - Florit, 2007).

El concepto o la idea de intersectorialidad es una forma de buscar estrategias y llevarlas a cabo, y que estas a su vez se ajusten a las necesidades de las personas; además de la multicausalidad que tienen los problemas sociales, lo que conlleva a dejar de pensar en lo sectorial como solución a dichas problemáticas (CEPAL, 2015).

Según De León, de Pena y Silva (2020), la intersectorialidad es un diseño y una forma de ejecución de las políticas públicas, que se desarrolla como estrategia de integralidad.

Para la OMS y la OPS (2017), la intersectorialidad es la intervención que se da de forma coordinada de distintas instituciones representativas de distintos sectores sociales, con acciones destinadas en dar respuesta a los problemas vinculados no solo con la salud, sino también con la calidad de vida y el bienestar.

La intersectorialidad se caracteriza entonces por dar respuesta de manera multidisciplinaria, interdisciplinaria e interseccional a los problemas que viven las distintas sociedades. Distintos enfoques resultan esenciales al concebir la

intersectorialidad como modelo de gestión de políticas públicas, dado que forman parte intrínseca de su estructura y funcionamiento.

En este sentido, De León, de Pena y Silva (2020) sostienen que, en los procesos de creación de políticas públicas, son variadas las posiciones e ideas entorno a cómo diseñar y llevar adelante una política pública, entendiéndose de esta forma la intersectorialidad como un modelo que cobra significado al momento de abordar las distintas problemáticas desde distintas perspectivas.

Además, en ese sentido sostienen que cuando se hace referencia a la intersectorialidad en términos de relación entre distintos sectores del Estado, ya no se habla exclusivamente de mejorar los servicios ofrecidos por los distintos entes públicos, y aunque esta percepción puede estar presente, la importancia se centra en dar solución a las distintas problemáticas (De León, de Pena y Silva, 2020).

Para las/los mencionadas/os autores, esto significa que se busca una integralidad en la forma de pensar y buscar soluciones o alternativas a la situación problema dada; siendo éste el eje de la relación entre los distintos sectores del Estado a intervenir. Desde este enfoque entonces, se desprende que la idea de intersectorialidad refiere a la integración de los distintos sectores del Estado que intervienen (De León, de Pena y Silva, 2020).

La participación de la sociedad se debe entender como punto clave del modelo de gestión, entendiéndose así la necesidad de una integración intersectorial en los distintos niveles, que van desde un intercambio de información, pasando por la cooperación y también por la coordinación, hasta el nivel necesario para lograr una integración de políticas públicas.

## Niveles de intersectorialidad

Existen distintos grados o niveles de intersectorialidad, que reflejan a su vez el nivel de integración existente entre los distintos sectores. Estos niveles van desde una comunicación entre sectores hasta la integración total y conjunta de políticas públicas y acciones a desarrollar.

Según la OMS y la OPS (2017), en el modelo de gestión intersectorial se dan distintos niveles de relación entre el sector específico que más se especialice en determinado problema social, con otros sectores gubernamentales.

Aldasoro (2012) establece que según el nivel o grado de inclusión que se dé efectivamente entre los sectores, se pueden identificar distintas fases.

La *información* es el primer nivel de intersectorialidad y se refiere al mecanismo de lograr un “lenguaje común” entre los distintos sectores que forman parte de la intersectorialidad y también el conocer los procesos y tiempos de los demás. (OMS - OPS, 2017). Aldasoro (2012) sostiene a su vez que este nivel se basa en el intercambio de la información con otros sectores; pero además refiere que generalmente se trata de una acción unidireccional y mayoritariamente asociada a instrucciones.

La *cooperación* busca una mayor eficiencia en el accionar de cada sector que participa, mediante una coordinación de esfuerzos y líneas de trabajo. La cooperación, a su vez, puede ser causal, incidental, a corto plazo o definitiva (OMS - OPS, 2017). Para Aldasoro (2012), la cooperación se refiere a la interacción entre los distintos sectores para alcanzar mayor eficiencia.

La *coordinación* se basa en el esfuerzo de trabajo conjunto, o sea, implica el ajuste de políticas y programas de cada sector, en búsqueda de mayor eficiencia y eficacia; además, se basa en la idea de horizontalidad de sectores, contando a su vez con un financiamiento compartido. (OMS - OPS, 2017). Siguiendo con Aldasoro (2012), la coordinación ya implica un esfuerzo en conjunto que lleve al ajuste de las distintas políticas o programas de cada sector interviniente con el objetivo de conseguir una mayor eficiencia y efectividad y en vista de lograr un trabajo horizontal.

Por último, encontramos la *integración*, que implica la creación de una nueva política o programa en conjunto entre varios sectores. De esta forma se define la acción intersectorial, no sólo desde la aplicación y ejecución de políticas y programas, sino también por la creación y financiamiento en conjunto (OMS - OPS; 2017). Según Aldasoro (2012), la integración es el nivel más alto e implica la definición o creación de distintas políticas o programas de forma conjunta entre todos los sectores que participan, de manera que dé como resultado una política intersectorial.

Una vez alcanzado el máximo nivel de intersectorialidad, el desafío que se tendrá implicará la integración conceptual de los distintos objetivos y también una integración administrativa con relación a ciertos procesos y el combate efectivo de la burocratización de las políticas y de la sectorialidad en la aplicación de estas (Aldasoro, 2012).

## Contexto necesario para la intersectorialidad

Castell - Florit (2007) sostiene que el modelo de gestión intersectorial está subordinado a distintas condiciones que deben darse de forma previa, de las cuales depende el escenario necesario para que se efectivice la misma.

Por un lado, debe existir disposición plena en lo que refiere a la *voluntad política*. Esto, hace referencia a la voluntad por un modelo de gestión con un enfoque plenamente intersectorial. (Castell, Serrate, 2007).

Además de la voluntad política, debe darse un *modelo de gobierno que sea inclusivo y participativo*; esto refiere a la existencia de un gobierno que fomente realmente la participación y también la inclusión de distintos actores sociales, lo cual se entiende crucial para la intersectorialidad. Esto significa la existencia (o creación dependiendo sea el caso) de distintos espacios de diálogo e intercambio, además de colaboración entre distintos sectores (tanto públicos como privados, además de la sociedad civil). Este modelo de gobierno, de un estilo más inclusivo, permite que los distintos sectores se sientan parte y comprometidos con los distintos objetivos en común. (Castell, Serrate, 2007).

También debe darse un *fortalecimiento de los ministerios y de las secretarías*. Los distintos ministerios deben tener el fortalecimiento suficiente para sostener una rectoría intersectorial en caso de ser necesaria (Castell, Serrate, 2007)

Los *recursos humanos motivados* son otro de los factores que deben darse para una buena ejecución intersectorial. Refiere a la capacidad de quienes intervienen en los distintos procesos de trabajar en conjunto con otros saberes y disciplinas, la capacidad de cooperación, etc. (Castell, Serrate, 2007).

La *inversión en tecnología* también debe ser parte del contexto propicio para la intersectorialidad; no solo desde el lado de invertir en tecnología directamente, sino también en invertir en producir conocimiento que colabore con las distintas problemáticas sociales (Castell, Serrate, 2007).

La *sociedad civil organizada* también es parte de este contexto, sobre todo porque son quienes participan en ella, no solo como objeto sino también como sujeto, son los mayores responsables de la intersectorialidad (Castell, Serrate, 2007).

Además, también se entiende que debe darse un *contexto socioeconómico favorable*; esto es que permita que se asignen recursos (suficientes) y también una distribución equitativa de los mismos. Una economía estable, con adecuados niveles de inversión en educación,

salud, vivienda, etc., crean condiciones que se entienden necesarias para que se desarrolle una real colaboración entre los distintos sectores y así no deban “competir” por recursos limitados (Castell, Serrate, 2007).

A su vez, existen otros factores en relación con el contexto. Estos son: *cultura de colaboración*, que se refiere a un contexto cultural que fomente y valore la cooperación y el trabajo en equipo y multidisciplinario. Se entiende que en sociedades donde la solidaridad y la cooperación son valores fuertes y bien establecidos, es más factible que los distintos sectores trabajen conjuntamente para alcanzar así los objetivos establecidos (Castell, Serrate, 2007). También debe existir un *marco normativo y legal* propicio y que apoye la intersectorialidad. Este marco normativo incluye tanto leyes como políticas y también distintas regulaciones gubernamentales que promuevan la colaboración entre los distintos sectores (Castell, Serrate, 2007). Por último, pero no menos importante, deben existir o fomentarse redes y alianzas que sean estratégicas; es decir, que la presencia de redes y alianzas estratégicas fortalezcan, fomenten y faciliten la intersectorialidad. Estas redes funcionan como catalizadores para la intersectorialidad, compartiendo distintos recursos, conocimientos, experiencias, entre otros (Castell, Serrate, 2007).

Como se observa, son varios los elementos que se deben dar para que sea un contexto adecuado para implementar la intersectorialidad como estrategia de gestión de políticas públicas. En ese sentido, se podrá observar más adelante los desafíos que presenta la intersectorialidad en salud mental en Uruguay y cómo se relaciona con los elementos del contexto actual de nuestro país, particularmente en el marco de la implementación de la ley n° 19.529.

## Capítulo II

### Recorrido hacia el modelo actual de atención de la salud mental en Uruguay

Para Galende (2017) el nuevo paradigma sobre la atención de salud mental tiene dos ejes; por un lado, la integración socio comunitaria y la protección de los derechos de las personas; y por otro, un eje enfocado en situar la atención de la salud mental en los distintos servicios del primer nivel de atención. Este recorrido ha tenido características propias en cada país, siendo en Europa por ejemplo donde algunos países han logrado consolidar la experiencia, demostrando así la posibilidad y eficacia en situar las problemáticas de salud mental en la atención primaria en salud y esto acompañado por un enfoque comunitario, buscando además la participación de distintos actores en lo que refiere en pensar las estrategias de atención en el campo de la salud mental.

En América Latina, el cambio de modelo ha tenido grandes complejidades, como ser la directa relación que existe entre sufrimiento mental y pobreza. El modelo de atención hospitalocéntrico ha sido el más presente en las formas de atender la salud mental en la región, esto como consecuencia además del desamparo social que sufre gran parte de las sociedades (Galende, 2017).

Para Fernández (2017), se ha asistido en parte de los países de América Latina a un proceso de reforma en los distintos sistemas de atención de la salud mental de su población; existiendo en ellos una base en común en relación con la forma de atención de la salud mental y sus objetivos, pero a su vez, también están presentes las particularidades de cada país, de cada sociedad, de cada sistema de salud.

En Uruguay, la salud mental está condicionada por el contexto y por los cambios históricos y políticos, tanto del nivel nacional como del internacional. Esto ha implicado que la manera de comprender y abordar las problemáticas que la afectan se vayan transformando con el tiempo, provocando ajustes en las políticas públicas destinadas a su atención, en función de los contextos históricos, culturales, económicos y políticos.

En esa línea, Fernández (2017) plantea que, tanto en Uruguay como en la mayoría de los países de la región, los modelos de atención predominantes durante gran parte del recorrido histórico de cada país, ha sido el modelo del tipo hospitalo-céntrico, manicomial, donde se sostuvo una lógica del tipo asilar. Esas formas de atender la salud mental han llevado a repensar el enfoque de la política social, fortaleciendo un enfoque más comunitario, con perspectiva de derechos humanos y la dignificación de la atención de la salud mental.

Uruguay ha tenido cambios con el tiempo en la forma de atender la salud mental, hasta llegar al contexto actual establecido por la mencionada ley n ° 19.529, por lo cual, en esta primera parte del capítulo, se intentará presentar como ha sido el recorrido del país en cuanto a las políticas públicas que den atención a las distintas problemáticas que engloban a la salud mental.

## Recorrido histórico de políticas públicas de atención de salud mental en Uruguay

En esta primera sección del capítulo, se realizará un breve recorrido histórico con énfasis en las distintas políticas en lo que refiere a la atención de salud mental de nuestro país, a modo de que, mediante éstas, se intente comprender el contexto de las mismas y las problemáticas que se enfrentaban; así como buscar conocer el lugar que le daba el Estado a la salud mental en cada momento.

El sistema de atención de salud mental en Uruguay ha estado enmarcado históricamente en la lógica de instituciones de internación del estilo manicomial, asilar (Fernández, 2017).

La primera institución de salud mental para adultos en nuestro país se remonta al año 1879, cuando se crea el “asilo de dementes”, con una población de 348 personas allí hospitalizadas. En 1880 se inaugura el Hospital Vilardebó, con una capacidad de 700 camas; alcanzando luego de pasados 10 años de su creación, la capacidad para 1000 personas, para pasar a tener capacidad de 1500 personas en 1910. La creciente demanda del asilo en esa época conlleva a que se inauguren las colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi; que en conjunto con el Hospital Vilardebó, llegan a albergar a mediados del siglo XX a unas 5000 personas (Fernández, 2017).

Las políticas públicas son pilares fundamentales en los procesos de cambios de paradigma, dado que según como están diseñadas y cómo se implementan, se puede ver



si predominan modelos más del tipo sectorial, por ejemplo, centrándose el poder de dirección de estas en el sector que se cree que es el más adecuado para brindar solución (De Pena, Silva; 2017).

En relación con esto, se puede entender entonces que una forma de ver el rol del Estado es mediante el diseño y la implementación de las políticas públicas, en el entendido de que estas buscan dar solución a distintas problemáticas que atraviesan a las sociedades, y la forma en las que son implementadas reflejan en parte la forma en la que el Estado busca dar respuesta a esas problemáticas.

En ese sentido, y siguiendo con Fernández (2017), uno de los objetivos que tiene el Estado es el del bienestar humano, esto en parte mediante las políticas públicas, asociado al compromiso de garantizar los distintos derechos que los y las ciudadanas tienen; así como también sus demandas.

La salud mental en nuestro país, tienen dos momentos que marcan dos hitos importantes en la forma de atender la misma: una fue la aprobación de la ley n° 9.581 en el año 1936, y, por otro lado, la aprobación de la ley n° 11.139 en el año 1948.

La ley n° 9.581 establecía que todo “enfermo psiquiátrico” debía recibir asistencia médica, sosteniendo además que dicha atención podía ser brindada tanto en un establecimiento psiquiátrico privado o público.

En dicha ley, se estableció además que la asistencia de “psicópatas” debía darse de la siguiente manera sistémica: primero por “dispensarios” psiquiátricos; luego por hospitales psiquiátricos; por asilos, colonias y servicios especializados; y por último por la asistencia familiar (Uruguay, 1936, ley n° 9.581).

A su vez, en la mencionada ley se crea la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, por el Inspector General de Psicópatas<sup>2</sup> (como miembro asesor), un delegado de la Sociedad de Psiquiatría, el profesor de Medicina Legal de la Facultad de Derecho (nombrado por el consejo de la Facultad), un profesor de Psiquiatría (de la facultad de Medicina), el Abogado asesor de legislación sanitaria del Ministerio de Salud Pública y el fiscal de lo Civil (designado por el Poder Ejecutivo).

Dentro de las competencias que recoge esta Comisión estaba presente la de entender las omisiones señaladas por el Inspector General; también opinar sobre las cuestiones que

---

<sup>2</sup> la Inspección General de Psicópatas de Uruguay era un organismo que se encargaba de la inspección y del contralor de las personas con un “trastorno mental”; ley n° 9.581

sean sometidas por el MSP o por el Inspector General de Psicópatas; presentar iniciativas para dar una mejor atención, etc.<sup>3</sup>

Por otro lado, con la ley n° 11.139 (promulgada en noviembre de 1948) se crea el “Patronato del Psicópata”, teniendo como cometidos el proteger al “enfermo mental” durante todo su recorrido de asistencia; velar por su bienestar al “reinsertarse en la sociedad”; velar por la situación de familiares del “enfermo mental”; fundar y administrar un “hogar – taller”, entre otros (Uruguay, 1948, ley n° 11.139).

En el año 1984 y con la apertura democrática luego de la dictadura cívico – militar acontecida en nuestro país, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay elabora un documento titulado “Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio”, teniendo directa incidencia en la creación del primer Programa Nacional de Salud Mental en el MSP en el año 1986. El mencionado programa, tiene tres ejes fundamentales que son, por un lado, la atención primaria en salud (realizando un trabajo en conjunto con la comunidad), el otro eje fue la creación de unidades de salud mental en todos los hospitales, y, por último, el tercer eje refiere a los nuevos modelos de atención de las personas que padecen algún sufrimiento en su salud mental y la reestructuración del hospital psiquiátrico y las colonias. (Arduino y Ginés, 2013).

Para ese entonces, rondaba aproximadamente en unas 2000 personas adultas internadas en las distintas instituciones del tipo asilar; y siendo que distintos informes de la época detallaron que más la mitad de estas personas eran consideradas “pacientes sociales”<sup>4</sup> (Fernández, 2017).

En esa época, algunos diagnósticos sobre la situación de la salud mental de nuestro país identifican los siguientes problemas: casi inexistencia de normativa y de evaluaciones de tratamiento o de internación; carencia en la información brindada tanto a usuarios/as como a sus familiares; personal insuficiente y sin la especialización correspondiente; escasa combinación de intervención conjunta entre otros modelos como ser desde un enfoque de rehabilitación; legislación de salud mental obsoleta, etc. (Fernández, 2017).

El Programa Nacional de Salud Mental del año de 1986, tuvo como resultado algunos avances en lo que a la atención de la salud mental refiere, como ser la creación e implementación de distintos centros de salud y equipos comunitarios de salud mental,

---

<sup>3</sup> Ley N° 9581.

<sup>4</sup> Pacientes sociales: este término se utiliza para referirse a personas institucionalizadas en instituciones del tipo asilar, cuya permanencia no responde exclusivamente a razones médicas, sino más bien a factores sociales.

además de la implementación de unidades específicas de salud mental en los hospitales generales del país y también la instalación de distintos centros de rehabilitación. Se llevaron adelante distintas experiencias con objetivos de inserción comunitaria de las personas institucionalizadas, con distintos grados de autonomía y dependencia que inciden directamente en lo que refiere por ejemplo al derecho al trabajo, a la vivienda, etc.

En el año 2004 se da un cambio de gobierno y por primera vez en la historia del país, un gobierno progresista gana las elecciones nacionales, asumiendo el 1.º de marzo del 2005 el Dr. Tabaré Vázquez, el primer presidente de un partido de izquierda.

En este primer período de gobierno del Frente Amplio, se puede destacar la creación del Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES); para luego dar lugar a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), sancionado por ley en el año 2008 (Morales y Pereyra, 2017).

En el año 2009 vuelve a ganar las elecciones nacionales el Frente Amplio y en este segundo período profundiza la reforma en las distintas políticas sanitarias en lo que respecta a las acciones de estas en relación con la salud mental como tema prioritario en la política de gobierno. Se siguen los lineamientos de la Declaración de Caracas de 1990, así como el documento “Estrategia y plan de acción sobre salud mental de la Organización Panamericana de la Salud” del año 2009; dando como resultado el decreto 305/011 denominado “Plan de implementación de prestaciones de salud mental en el SNIS” (Morales y Pereyra, 2017). Se suma además la obligación a incorporar cambios en los modelos de atención por parte de los distintos prestadores integrales de salud (Fernández, 2017).

Las propuestas del segundo gobierno de izquierda daban prioridad en la agenda pública a la implementación de nuevas prestaciones en lo referente a salud mental de la población, buscando así entre otras cosas, amortiguar la brecha existente en el acceso a distintos recursos terapéuticos (Fernández, 2017).

En ese sentido Fernández (2017) entiende que en el rol del Estado en estos periodos de gobierno de izquierda progresista se puede observar un enfoque de mayor inclusión, dado que las políticas de bienestar se han implementado de forma temprana, asumiendo así el Estado un rol más activo en lo que refiere a la protección social de las poblaciones más vulnerables.

Comienzan a ponerse en práctica distintos abordajes con un enfoque psicoterapéutico en los servicios de salud, que luego por medio de distintos decretos serán integrados al SNIS.

Esta integración recae en lo que respecta a la implementación de distintas prestaciones de salud mental, reconociendo entonces a la salud mental de total importancia en la segunda etapa de reforma de la salud (PNSM, 2020).

En ese sentido, puede reconocerse la creación de distintos organismos que posibiliten un cambio en la atención a la salud mental, con enfoques específicos en distintas áreas, como ser por ejemplo en lo que refiere al uso problemático de drogas, creándose así la Junta Nacional de Drogas, también la Red Nacional de Drogas o RENADRO (PNSM; 2020).

Con relación al suicidio, se creó la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio y para el año 2011 se elaboró y llevó a cabo el primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio en Uruguay 2011 – 2015; y para el año 2016 se definió una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2016 – 2020 (PNSM; 2020).

Es en ese contexto entonces que se comienza a gestar un intercambio entre distintas opiniones y distintos aportes desde organizaciones de la sociedad civil, sectores académicos, sectores políticos. Se comienza a ver cada vez más reflejada la sensibilidad social en lo que refiere a la salud mental y la inclusión social, como también se comienza a velar cada vez más por el respeto a los derechos de las personas, sobre todo aquellas personas que sus derechos están siendo fuertemente vulnerados, con incidencia directa en su salud mental (PNSM, 2020).

Se llega así a la aprobación en el año 2017 de la ley n° 19.529, ley de salud mental; siendo en dicha ley que se incorpora la intersectorialidad como estrategia para llevar adelante distintas políticas públicas en salud mental.

## **Ley de Salud Mental n° 19.529**

La ley n° 19.529 tiene como objetivo garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas que residen en el país. Al ser considerada la salud mental dentro de la gama de derechos humanos, esto tiene como efecto que las disposiciones de la ley n° 19.529 sean de orden público, o sea, no pueden dejar de aplicarse por más que una de las partes así lo solicite, por lo cual son irrenunciables.

Para la mencionada ley, la salud mental es un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus capacidades y además es capaz de afrontar distintas tensiones de la vida cotidiana; y también puede ser capaz de trabajar de forma autónoma y de contribuir a su comunidad (ley n° 19.529).

Algunos de los principios en los que se funda la mencionada ley son: una cobertura universal, accesible y con sustentabilidad de los servicios; considerar el estado de salud mental de las personas como modificable; la dignidad humana y los derechos humanos como referencia principal de todos los procesos; reconocer a las personas en su integridad y unicidad, considerando todas sus dimensiones, como ser la biológica, psicológica, social y cultural; lograr condiciones propicias para una real inserción social de las personas, entre otros (Delgue y Castello, 2015).

En el artículo 11, se incluye la intersectorialidad en salud mental (con su decreto reglamentario n° 331/19), el cual veremos en el capítulo siguiente.

Los derechos que establece la ley de salud mental en cuanto a los y las usuarias del sistema de salud mental son: recibir un trato adecuado, fundado en el respeto; una atención integral y humanizada, con fundamentos éticos y científicos y sin distinción de religión, orientación sexual, entre otros; decidir sobre su atención (autonomía y voluntad); solicitar cambio de profesionales o equipos tratantes; no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos; acceder a medidas para lograr mayor autonomía y un proceso adecuado para una mayor posibilidad de reinserción familiar, laboral, comunitaria; etc. (Uruguay, ley n° 19.529).

En cuanto a la inclusión social, la ley establece que el Ministerio de Salud Pública (MSP) en coordinación con otros organismos del Estado, como ser el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH), entre otros, buscará promover acciones que favorezcan la inclusión social y deberán crear además mecanismos que propicien la integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación y a la cultura, al uso del tiempo libre, etc. (Uruguay, 2017, ley n° 19.529).

En conjunto, todas estas acciones están dirigidas a impulsar la autonomía de las personas que son usuarios y usuarias del sistema de salud mental y a su vez promover cambios culturales y evitar la estigmatización que dichas personas padecen.

Si bien se desarrollará con mayor detalle en el próximo capítulo las acciones que se desarrollan desde la intersectorialidad en salud mental, algunas de las que la ley establece y de forma resumida son: la creación de residenciales con distintos niveles de apoyo fomentando así la autonomía de las personas; promover el trabajo multidisciplinario; entre otras acciones dirigidas también por ejemplo a la inclusión educativa, cultural, laboral, etc. (Uruguay, 2017, ley n° 19.529).

En esta ley se regula también lo que tiene que ver con el derecho de las personas a una protección y atención de la salud mental desde un enfoque de derechos humanos; además

establece que el MSP debe llevar adelante el PNSM (el cual se realizó para el período 2020 – 2027); integra el consumo problemático de sustancias psicoactivas; prioriza salud y capacitación para el personal de salud; define además a la intersectorialidad como la forma en la que se debe abordar y trabajar la salud mental, teniendo en cuenta la multicausalidad de dicha problemática (tomando también la reglamentación del artículo 11 con el decreto 331/019); encauza la creación e implementación de una red de distintos servicios con enfoque socio-comunitario en territorio; también establece el cierre del Hospital Vilardebó y de la Colonia Etchepare para este año (2025); y en relación a lo anterior, define la creación de una estructura que de soporte y posibilite el desarrollo de la vida en comunidad.

## Capítulo III:

### Salud mental e intersectorialidad

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, la intersectorialidad se considera una estrategia de gestión de políticas públicas, por medio de la cual se busca brindar una solución integral a los problemas, dado que conlleva al trabajo en conjunto entre distintos sectores y saberes.

En el campo de la salud, la intersectorialidad como modelo de gestión viene avanzando desde hace algunas décadas ya, poniendo en relieve los complejos procesos de salud – enfermedad; así como sus determinantes sociales, económicas y políticas.

El campo de la salud mental trata de un complejo entramado en el que una mirada transdisciplinaria ocupa un lugar importante para entender las problemáticas del campo (De Pena y Silva, 2017).

Es así como se podría entender entonces a la intersectorialidad como posible modelo de gestión para llevar adelante las políticas de salud pública, ya que desde los distintos saberes y sectores se pueden ofrecer soluciones más integrales a las múltiples causas que tienen los asuntos del campo de la salud mental.

Fernández (2017) sostiene que en lo que refiere a salud mental, es multidimensional la forma de abordar la misma, dado que esta atraviesa todos los factores de la condición humana y de los vínculos sociales y con el contexto que se tienen; y por esto mismo es necesario una multiplicidad de saberes y distintos abordajes desde enfoques interdisciplinarios. En ese sentido, plantea que es el Estado quien regula y da marco normativo a las políticas; además afirma la necesidad de participación no solo del sector salud, sino que también de los sectores de vivienda, educación, trabajo y seguridad social, entre otros, desde una lógica intersectorial y de derechos garantizados.

De León, De Pena y Silva (2020), plantean que estudios realizados por ejemplo en Brasil, Chile y Colombia sobre las reformas en la atención de la salud mental, indican la necesidad de la acción intersectorial como método de gestión de las políticas.

Ya en el año 1978, la OMS subrayaba en su Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en salud, su preocupación por la desigual atención de las situaciones de salud de las personas; entendiendo que deben involucrarse sectores ajenos al de salud para dar solución a dichas problemáticas, como ser el sector social, económico, entre otros (SNIS, 2020).

Esto ha planteado algunas interrogantes dada la incorporación de otras dimensiones a la forma de entender y atender la salud mental en nuestro país. Los cuestionamientos que han surgido en torno a esta nueva forma de englobar la salud mental van desde los tipos de políticas necesarias para abordarla, como la necesidad de redistribuir recursos, hasta interrogantes más analíticas como la necesidad de rever las distintas formas de intervenir de los y las profesionales entre las distintas disciplinas involucradas (De León, de Pena y Silva, 2020).

También han surgido interrogantes como cuál es el contexto necesario y cuáles son las garantías necesarias para asegurar la participación en espacios de tomas de decisiones de las personas usuarias del sistema de atención a la salud mental (De León, de Pena y Silva; 2020).

Aldasoro (2012) sostiene que los problemas de salud tienen fronteras muy difíciles de delimitar, dado que los determinantes de la salud están por fuera del alcance del sector salud y no pueden ser resueltos con acciones únicamente de este sector (ni de ningún otro por su cuenta).

Las políticas públicas de salud mental forman parte de las políticas de salud, pero la forma que se abordan las mismas trascienden al propio sector sanitario. Como señala Aldasoro (2012), en los procesos intersectoriales resulta fundamental considerar por un lado la visión del sector mismo que impulsa la política, y, por otro lado, la concepción de salud que tienen los distintos sectores y actores que intervienen.

Siguiendo con Aldasoro (2012), la misma plantea además que es necesario apostar por el trabajo intersectorial en salud como una nueva acción en salud, dado que la misma intenta superar las fragmentaciones de las distintas políticas y ofrecer a su vez, una nueva manera de planificar, monitorear e implementar la prestación de los servicios de salud.

## **Intersectorialidad en salud mental: el caso de Uruguay**

En cuanto a la acción intersectorial en salud mental en nuestro país, en el artículo 11 de la ley de salud mental, se establece a la acción intersectorial como forma de



gestionar las políticas públicas en el sector. Además del mencionado artículo, también encontramos el decreto 331/019 que reglamenta el artículo antes mencionado.

El mencionado artículo 11 de la ley n° 19.529 establece lo siguiente:

(Coordinación).- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurran al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización. Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares. (Ley n° 19.529, 2017).

A su vez, el decreto reglamentario 331/019, en su punto VII de sus consideraciones, entiende necesaria la aplicación de la intersectorialidad e Interinstitucionalidad para promover la construcción de políticas específicas en salud mental por parte de los Ministerios involucrados, teniendo como cometido el alcanzar acciones conjuntas, eficientes y solidarias (Uruguay, decreto N° 331/19; 2019).

Esto se traduce en la promoción que deberá realizar el Estado sobre la intersectorialidad, como también la elaboración de políticas específicas en el área de la salud mental por parte de todos los Ministerios y organismos implicados en la ley n° 19.529; y también organizaciones de la sociedad civil, a modo de garantizar acciones conjuntas, eficientes y eficaces. Este tipo de políticas debe contener distintas propuestas que conlleven a fortalecer las cooperaciones técnicas, económicas que den sostén a las mismas.

El enfoque que engloba a la ley de salud mental es un enfoque comunitario en salud mental. El modelo comunitario en atención de salud mental se centra en la inclusión de las personas desde un enfoque socio comunitario, y entiende a las personas como parte de grupos de pertenencia (familiar, barrial, comunitario, etc.), dentro de los principios de territorialidad, integralidad y continuidad de cuidados; siendo estas las condiciones entendidas por este enfoque que contribuyen al pleno ejercicio de los Derechos y del bienestar en general (Ferrari y Leis, 2021).

Para avanzar hacia una forma de atención más ajustada a los derechos humanos y con un enfoque comunitario, se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario, con la participación de los distintos organismos competentes para llevar adelante acciones de inclusión social, procurando la recuperación de los distintos vínculos sociales y asegurando, además, el acceso a dispositivos que brinden soluciones tanto habitacionales, como educativas, laborales, culturales, etc.

En ese sentido, Fernández (2017) entiende que hablar de derechos humanos va más allá del derecho de las personas con problemáticas de salud mental y la atención de esta; sino que refiere además el enfoque de los derechos humanos a comprender los derechos de los y las ciudadanas, a pensar y construir entre todos y todas las condiciones que se entiendan más favorables para una convivencia saludable y que contribuya a su vez con el desarrollo social.

## Componentes de la intersectorialidad en salud mental en nuestro país

Aquí podemos comenzar mencionando a la comisión intersectorial en salud mental, establecida en el artículo 11 de la Ley N° 19.529:

La comisión intersectorial en salud mental se constituye en el marco del artículo 11 (coordinación) de la ley de salud mental (ley n °19.529; 2017) y su decreto reglamentario (decreto n ° 331/019; 2019). Es convocada por la Dirección de Políticas Sociales del MIDES (coordinadora del Consejo Nacional de Políticas Sociales, en cuya esfera se constituye la comisión), en conjunto con el MSP, e integrada por los organismos estatales con incidencia en el desarrollo de la política de salud mental. (Ferrari y Leis, 2021, p.6).

En el artículo 2 del decreto n° 331/019 (2019) se designa también la creación de la Comisión Intersectorial en Salud Mental, siendo su objetivo principal el garantizar el cumplimiento del artículo 11 de la ley de Salud Mental (Decreto n° 331/019; 2019). Dicha Comisión, estará integrada por representantes del MSP, MIDES, MEC, INAU, MTSS, MEF y MVOT (Decreto n° 331/019; 2019).

Las distintas acciones que se desarrollen e implementen dentro de la Comisión, deberán tener en cuenta mecanismos de participación social, sobre todo de las organizaciones de personas con algún trastorno en su salud mental y la de sus familias (Ferrari y Leis, 2021). La creación de la Comisión Intersectorial en el año 2019 habilitó la implementación de la intersectorialidad para poder dar promoción a distintas políticas específicas en lo que refiere a salud mental por parte de los Ministerios y organismos involucrados, de modo tal de garantizar y lograr acciones en conjunto, que sean eficientes y coordinadas (Ferrari y Leis, 2021).

La ley expresa además que son el MIDES y el MSP quienes deben articular la política intersectorial en lo que refiere a salud mental. De esta forma, deben darse los espacios de intercambio, garantizar su funcionamiento, etc.

La Comisión Intersectorial, se integra por representantes de los siguientes organismos: ASSE, MVOTMA, MTSS, MIDES, MEC, MEF, MSP, Sanidad Policial, INAU; así como también se espera que participen referentes de otros organismos como ser MI, OPP, BPS, entre otros (Ferrari y Leis, 2021).

Según Ferrari y Leis (2021), algunos de los desafíos y algunas de las propuestas para el año 2021 de la Comisión Intersectorial fueron las siguientes:

- Establecer la voluntad política que se requiere para impulsar políticas en salud mental.
- Establecer a la intersectorialidad como herramienta para lograr una integralidad en las respuestas.
- Alcanzar una mejor planificación en las estrategias y una reorientación presupuestal.
- Promover la formación permanente de los equipos de trabajo.
- Dar prioridad a un público objetivo: dar atención a la vulnerabilidad social, género, entre otros.

Además de la comisión intersectorial en salud mental, el artículo 11 de la mencionada ley, como también el ya mencionado decreto 331/019, dan lugar a la conformación de lo que sería la Comisión Asesora en salud mental. Dicha Comisión es convocada por la Dirección de Políticas Sociales del MIDES, en conjunto con el MSP; y la integran a su vez distintos actores institucionales, académicos y de la sociedad civil. El objetivo principal de la Comisión Asesora en salud mental es asesorar a la Comisión intersectorial en salud mental.

De esta manera se puede observar que, de acuerdo con lo expresado en la ley, tanto MIDES como el MSP son los organismos articuladores de la política intersectorial en materia de salud mental.

## Avances de la intersectorialidad en salud mental en Uruguay

A continuación, se presentarán cuáles han sido los distintos dispositivos que se han creado en el marco de la reforma de salud mental en nuestro país a partir de la ley n° 19.529, a enero del año 2025; siendo la intersectorialidad la estrategia por el cual se efectivizó la creación de estos. Los distintos programas y proyectos que se presentan son para personas mayores de edad, que cuenten con alguna problemática de salud mental y/o uso problemático de sustancias y que además se encuentren en una situación de extrema vulnerabilidad. Estos programas buscan dar una respuesta integral, lo que implica lo habitacional, lo psicosocial, laboral, educativo, cultural, entre otras dimensiones.

- **Centros Diurnos:**

Los centros diurnos son dispositivos que brindan atención especializada en el campo de la salud mental, además de brindar apoyo y tratamiento a situaciones de consumo problemático de drogas; también lo hacen con otras problemáticas psicosociales. Son centros que brindan acompañamientos ambulatorios y durante el día.

Este tipo de dispositivos, además, ofrecen entornos donde los y las participantes puedan realizar distintas actividades de índole educativa, terapéutica, recreativa, etc. Además, se busca acompañar a las personas en sus tratamientos médicos y brindar apoyo psicosocial. Se puede entender que dentro de sus objetivos principales se encuentra el de fomentar y acompañar los procesos de rehabilitación y reintegración social de las distintas personas que allí concurren, apostando a una mejora en la calidad de vida, a fomentar su autonomía y otorgar herramientas que sirvan de reducción de riesgos en lo relacionado al consumo. Los centros diurnos, funcionan con equipos multidisciplinarios, lo que significa que brindan una atención con un enfoque integral; entre estas profesiones están: trabajo social, educación social, psicología, enfermería.

Los Centros Diurnos que funcionan actualmente son:

- Centro diurno para población con uso problemático de drogas (poli consumo), en convenio entre MIDES y ASSE: este dispositivo se centra en la atención a personas mayores de 18 años y que atraviesan un problema de consumo de sustancias; a su vez deben ser usuarios de ASSE y contar con prestaciones de MIDES.
- Centro diurno para personas con uso problemático de alcohol, en convenio entre MIDES y ASSE: este centro se centra en la atención a personas mayores de 18 años y que presenten un consumo problemático de alcohol; además que sean usuarias de ASSE y cuenten con prestaciones MIDES.
- Espacio de tratamiento e integración comunitaria, en convenio entre la JND (Junta Nacional de Drogas) y MIDES: este centro está especializado en el trabajo con personas que presentan uso problemático de drogas y que se encuentran en extrema situación de vulnerabilidad social. Este centro trabaja con una lógica de integración comunitaria (por lo cual se entiende debe ser un lugar abierto a la comunidad, que represente un espacio de convivencia y que acompañe y apoye la construcción de respuestas oportunas para cada persona.

- **Casas de medio camino:**

Las casas de medio camino son dispositivos que brindan atención a personas que presentan alguna problemática relacionada a la salud mental y que además se encuentran en un contexto de vulnerabilidad extrema. En las casas de medio camino, se brindan tratamientos con un enfoque socio – sanitario, buscando la inclusión social y comunitaria de las personas, promoviendo la autonomía de estas en lo que refiere a la vida cotidiana en lo comunitario; esto dentro de una respuesta habitacional de 24 horas. Estos dispositivos también tienen equipos multidisciplinarios (trabajo social, psicología, educación social, enfermería), y siempre se encuentra una dupla de educadores/as que acompañan el transitar de las personas dentro de la misma casa (como se mencionó, durante las 24 horas). Actualmente se cuenta con 5 dispositivos de estas características, con un cupo de 20 personas cada uno y para población mixta.

- **Casa de medio camino UPD (Uso Problemático de Drogas):**

Estas casas dirigen su atención a personas mayores de 18 años y que se encuentran realizando un proceso terapéutico por el uso problemático de drogas. Este centro es una forma de respuesta habitacional 24 horas con apoyo técnico multidisciplinario, contando

además con una dupla de educadores/as que acompañan el transitar de las personas dentro de la misma casa. Estos dispositivos apuestan a trabajar la autonomía de las personas y la adherencia a los distintos tratamientos y los procesos de rehabilitación. Un requisito que estos centros presentan es que las personas para acceder a un cupo permanente de la casa deben estar realizando tratamiento por uso problemático de drogas. Estas casas tienen capacidad para 20 personas (mixtas), y en la actualidad funcionan 4.

- **Viviendas con apoyo:**

Estos dispositivos buscan dar respuesta brindando soluciones habitacionales de forma estable, buscando dar una alternativa a la institucionalización y centrándose en la autonomía de las personas en lo que refiere a su vida cotidiana y su vinculación comunitaria.

Actualmente existen 5 dispositivos con características particulares cada uno:

- “Viviendas con apoyo”: son viviendas que se le otorgan a las personas que presentan algún problema de salud mental pero que a su vez cuentan con un alto nivel de autonomía. Este programa está pensado para abarcar a 25 personas.

- “Casa Lezica”: cuenta con cupo para 5 personas y es una casa autogestionada; quienes son derivados a dicho dispositivo egresan de las casas de medio camino y cuentan con altos niveles de autonomía y brinda un mínimo apoyo técnico.

- Vivienda colectiva “Florida”: es una casa de autonomía con cupo para 20 personas que tienen diagnóstico de trastorno moderado – severo, y cuentan con apoyo técnico específico para cada persona.

- Casa autogestionada “Vilardevoz”: Este dispositivo está pensado para personas mayores de edad y que presentan problemas de salud mental y están en situación de desafiliación. Cuenta con cupo para 10 personas.

- “Bonos habitacionales”: es un programa que busca dar soluciones habitacionales, pensadas a medida de las posibilidades de las personas (que a su vez presentan problemas de salud mental y uso problemático de drogas).

- **Centros especializados en patología dual:**

Los centros especializados en patología dual son centros que funcionan las 24 horas y que ofrecen un acompañamiento terapéutico (psicosocial y sanitario). Están pensados para personas en situación de desafiliación y que además presentan problemas de salud mental

y uso problemático de drogas. Estos dispositivos son una respuesta habitacional con equipos especializados para el acompañamiento particular y colectivo de los y las participantes en sus procesos de inclusión socio-comunitaria. Son dos centros con los que se cuentan actualmente, con una capacidad para 20 personas cada uno (uno mixto y otro de hombres).

- **Dispositivo socio – laboral “Sámaras”:**

Este servicio tiene un enfoque sociolaboral y uno de sus objetivos es ofrecer diversas propuestas que brinden herramientas y oportunidades de inclusión laboral; esto sumado a la posibilidad de buscar y generar instancias de formación y capacitación. El dispositivo está pensado para personas que presenten problemas de salud mental y además uso problemático de drogas; con una capacidad para dar cobertura a 70 personas.

Son cuatro los ejes en los que trabaja Sámaras, el eje del monotributo y las empresas unipersonales; el eje del trabajo protegido; el eje del cooperativismo y el eje de empresas y trabajo con apoyo. Estos cuatro ejes se fundan en el supuesto de que todas las personas cuentan con diferentes grados y distintos niveles de lo que se entiende por competencias laborales; esto como resultado de los procesos particulares de cada persona, como también el nivel académico, entre otros.

- **Dispositivo socio – comunitario “Moebius”:**

El dispositivo tiene un enfoque socio-comunitario y se pensó como parte de una red interinstitucional e intersectorial (con impronta territorial), fomentando el fortalecimiento de la oferta programática que ya existe. Además de generar interrelaciones con los equipos territoriales, se busca promover la participación comunitaria (como ser de otros colectivos, de agrupaciones, de vecinos y vecinas, etc.). Moebius está pensado como un dispositivo que, entre otras cosas, aporte a garantizar el derecho al acceso a la cultura, y que además tienen un impacto positivo en los procesos de inclusión y rehabilitación de las personas (dado que el impacto mencionado, repercute en distintos aspectos del bienestar de las personas con uso problemático de drogas).

- **Equipos territoriales:**

Este programa está pensado para personas que presentan problemas de salud mental y/o uso problemático de drogas y en el entendido de que las mismas requieren de distintos apoyos que le sirvan para abordar las distintas problemáticas de la vida cotidiana. El

acompañamiento estará centrado en la persona, en sus fortalezas, en sus capacidades y también sus dificultades. A través del intercambio y colaboración con la red comunitaria de referencia de las personas, se identificarán y fortalecerán las necesidades de apoyo para lograr una mayor autonomía de la vida cotidiana.

- **Hogares asistidos:**

Estos son centros de residencia con régimen de 24 horas, donde entre otras cosas se busca garantizar la asistencia básica a los y las participantes (como ser alimentación, higiene personal, escucha). También se trabaja la deshabitación del consumo problemático de drogas: esto acompañado con un abordaje individual y colectivo y brindando herramientas para una reintegración social, educativa y laboral, además de la realización de un proyecto individual socioeducativo y el trabajo en red de asistencia de referencias a efectos de coordinar otras formas de tratamiento que sea pertinente para las personas.

- **Centros de acogida de salud mental comunitaria:**

Este proyecto cuenta con un dispositivo comunitario que se pensó y diseñó para personas que cuentan con alguna problemática de salud mental, que no circulan por las distintas redes socio – sanitarias y que se encuentran en un estado de vulnerabilidad extrema. Este centro incorpora una modalidad de atención inmediata, para dar así respuestas integrales y coordinadas con las personas con problemas de salud mental. El centro comunitario de salud mental realiza acompañamientos individuales y colectivos y evalúan además demandas y necesidades; también brinda asistencia básica de salud integral. El equipo que trabaja en este dispositivo es interdisciplinario, contando con trabajo social, psiquiatría, psicología, enfermería.

Con relación a estos avances, surge de las entrevistas realizadas que los mismos son desde la intersectorialidad, aunque quien los ejecute sea MIDES. En ese sentido se sostiene que: las discusiones de las cosas que se tenían en común y que todos estábamos de acuerdo, es de donde nos paramos e íbamos a pedir los recursos necesarios para diseñar e implementar los distintos planes, como fue el diseño de los dispositivos y su implementación. Entonces es un avance de la intersectorial, no es un avance de MIDES, es un avance de la intersectorial. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 11/02/2025).



Este conjunto de dispositivos, representan lo que se entiende como un avance en la construcción de un modelo de atención integral en salud mental y consumo problemático de sustancias en nuestro país, esto con un enfoque comunitario. El diseño y la implementación de estos dispositivos responden a una lógica de derechos, de inclusión y autonomía; apostando a su vez por alternativas a la institucionalización y además por el fortalecimiento de un modelo comunitario. Es de destacar que estos logros se entienden exceden a un único organismo, sino que son fruto del trabajo intersectorial sostenido y que permitió articular saberes, experiencias, recursos y voluntades. Tal como se mencionó en una de las entrevistas realizadas: “es un avance de la intersectorial, no es un avance del MIDES”. Esta afirmación refuerza la importancia del trabajo en conjunto entre las distintas instituciones para poder dar respuestas integrales, humanas y eficaces, centradas en las personas y sus proyectos de vida.

## Desafíos de la intersectorialidad en Salud Mental en Uruguay

Como se mencionó en el Capítulo I, debe darse un contexto adecuado para implementar la intersectorialidad en salud mental como modelo de gestión de políticas públicas, por lo cual es necesario contar con determinados elementos claves, entre los que se encuentran la voluntad política, la coordinación entre ministerios, el fortalecimiento institucional, la motivación y capacitación de los recursos humanos.

Para comenzar a hablar de los desafíos presentes en lo que refiere a la implementación de la intersectorialidad en salud mental, podemos considerar que el proceso de identificar dichos desafíos y elementos necesarios para la implementación de la misma, se vienen dando ya desde la discusión del Plan Nacional de Salud Mental del Uruguay (2020 – 2027) y por lo cual se implementaron distintas comisiones de trabajo, entre ellas una encargada de la intersectorialidad y de identificar los desafíos presentes en ese momento para su implementación y que debían ser solucionados de tal forma que se pudiese avanzar en ese camino.

Dicho subgrupo de trabajo encargado de la intersectorialidad identificó que era necesario reglamentar el artículo 11 de la ley de Salud Mental, entonces desde el Ministerio de Salud Pública se presentó una propuesta de reglamentación y se integró al Ministerio de Desarrollo Social en la coordinación.

En relación con lo antes dicho, surge de una de las entrevistas realizadas para este trabajo que:

La ley 11.529 está reglamentada por el decreto 331 del año 2019. Ahí se conforma como una institucionalidad de lo que es la intersectorialidad en salud mental y lo integran dos comisiones [...] Entonces ahí en todo lo que fue el proceso de discusión del Plan Nacional de Salud Mental, fue que se vio la necesidad de generar una institucionalidad a la intersectorial para poder liderarla. Y para poder convocar a todos los que deberían integrarla (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

## Desafíos en la participación ministerial

El decreto 331/019, pretendía dar respuesta a otro desafío que se presenta aún hoy día en la implementación de la intersectorialidad como estrategia de gestión, y es el de lograr la participación de todos los Ministerios competentes en el área de la salud mental. Uno de los desafíos que se han presentado en la articulación intersectorial, ha sido el de la participación de los distintos ministerios que desde su especificidad tienen impacto en lo que refiere a la salud mental.

En ese sentido, una de las personas entrevistadas identifica dicho desafío de la siguiente manera:

todos los Ministerios son muy importantes. Y bueno, en realidad ahí ha costado mucho el poder integrar los ministerios [...] Porque, bueno, si yo tengo muy lindos proyectos en solución de vivienda, en dar una respuesta habitacional por ejemplo [...] o sea, cómo hacer para integrar a las personas a nivel social, pero también garantizar vivienda, trabajo, etc. Pero si no tengo al Ministerio de Vivienda sentado en la mesa, si no tengo al BPS, si no tengo al Ministerio de Trabajo, entre otros [...] o sea, como actores que son hiper claves a la hora de pensar en dar respuestas a dichas problemáticas.” (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

Además,

En realidad, el procedimiento es que cada organismo se supone que debería enviarnos a nosotros un mail con la participación de las personas, de los designados. No siempre funciona así [...] y de todos los organismos que deberían

participar, no todos tienen un designado. Entonces, nada, en realidad funciona, lo intersectorial funciona mucho a impulso, a convocatoria, a invitación, por ahí. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 11/02/2025).

De otra de las entrevistas se obtiene que:

Me parece que uno de los desafíos que está siempre latente es la participación. La convocatoria y la participación me parece que es una tensión que siempre está. Entender que todos los organismos y todos los sectores tienen algo que hacer en salud mental. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 14/02/2025).

En tal sentido, se puede observar el papel fundamental que juega la participación de los distintos ministerios (y con compromiso de trabajo), cuando se sostiene que “con la ley no queda todo dicho, o sea, vos necesitás actores que motoricen esa agenda, porque si no, la agenda se queda en la nada.” (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 11/02/2025).

La importancia de la integración de los distintos ministerios radica fundamentalmente en que es necesario pensar la salud mental en clave de intersectorialidad, dado que esta es una de las formas que puede dar estructura a las distintas problemáticas que atraviesan a la salud mental.

En ese sentido, se recoge lo siguiente de una de las entrevistas:

Entonces, para garantizar derechos y pensar la salud mental en clave de derechos humanos, necesitás una estructura intersectorial para poder garantizar y para poder generar políticas en clave de Derechos Humanos y salud mental.” (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

## El liderazgo en la intersectorialidad: un factor clave para la implementación exitosa

Otro desafío que surge de las entrevistas es el del liderazgo, figura clave a la hora de dirigir la intersectorialidad como modelo de gestión de políticas públicas en salud mental. En tal sentido, se entiende que la figura institucional en sí debe poder generar impactos intra ministeriales en los demás ministerios, a modo de tener incidencia en las culturas organizacionales en torno a la salud mental.

En tal sentido, a partir de las entrevistas se puede destacar que ha costado mucho el poder integrar los ministerios; pero también se afirma la necesidad de un liderazgo muy fuerte. En esa línea, se sostiene en una de las entrevistas que:

El Ministerio de Salud Pública, como rector de la política, junto con el Ministerio de Desarrollo Social, tienen que ser como muchos más líderes a la hora de pensar en generar el fortalecimiento de esta estructura [...] porque para tomar decisiones y para poder implementar políticas se necesita a todos los actores. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

A su vez, el rol del líder también presenta desafíos, como ser las tensiones internas con relación a cómo debería funcionar la intersectorial.

De las entrevistas surge por ejemplo que

Existen tensiones internas de cómo debe funcionar esa intersectorial, o sea, hay formas de verla y de cómo debe funcionar en la operativa práctica, que es una tensión. Por ejemplo, en un momento se dijo que si el MIDES tomaba las riendas de la intersectorial [...] entonces la salud mental empieza a ser una cosa muy enfocada en calle, pobreza, población MIDES. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 11/02/2025).

El liderazgo se relaciona directamente con el diálogo entre los distintos actores, mostrando así un desafío allí presente también. Es necesario el diálogo fluido entre los actores a modo de poder articular de manera más eficiente las políticas intersectoriales en

salud mental, ya que se vuelve necesario convocar y que se integren efectivamente los distintos actores pertinentes.

En esa línea, una de las entrevistas permite ver esto cuando se habla del proceso de trabajo de la intersectorialidad y donde se resalta la falta de diálogo en algunos momentos y también la necesidad de fortalecer el liderazgo. En tal sentido, sostienen que:

Hay que liderar este espacio, porque hay que convencer, porque hay que poder dialogar con la gente y que realmente se entienda que es necesario cambiar la gestión de la salud mental. Eso es clave, o sea, cambiar la gestión y la cabeza de que bueno, por supuesto que tiene que haber responsables, pero la responsabilidad también siempre tiene que ser compartida con toda la estructura del Estado que aporte a estos procesos de salud y no a los procesos de enfermar más como sociedad. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

Además, la figura del liderazgo se entiende debe tener impacto de forma interna en los distintos Ministerios. Lo que se sostiene es que:

Todos los ministerios que vos quieras convocar o que ya están previstos por el decreto que tienen que participar sí o sí, se debe poder hacer un trabajo previo que sea de como instalar la agenda de salud mental dentro de las agendas de esos Ministerios. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 14/02/2025).

También surge de otra entrevista y se relaciona directamente con la cuestión del liderazgo es que

Entonces, quién está más cerca de los problemas y de la capacidad de tomar decisiones es lo más ideal, para que la intersectorialidad sea una política que no quede solamente expresada en programas y planes, sino que eso se ejecute, que se traduzca en un modelo de gestión real. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

Los recursos humanos de las distintas instituciones o ministerios que inciden en el campo de la salud mental también deben poder estar abiertos a un proceso de cambio en el modo de entender y atender la misma; esto vinculado directamente a cambios culturales dentro de los distintos ministerios y posibilitado por instancias de capacitación del cambio del modelo para pasar a uno más comunitario.

De las entrevistas, surge en relación con eso que es necesario profundizar el trabajo en como liderar los espacios intersectoriales y como encontrar condiciones de diálogo entre los distintos actores y lo que significa un cambio cultural intrainstitucional.

Entonces plantean que:

Creo que falta profundizar en un trabajo de cómo liderar ese espacio y cómo generar condiciones de diálogo entre gente que piensa muy distinta, que tiene muchas diferencias, pero que también tienen muchas coincidencias. Entonces, bueno, como a ver ahí para favorecer las coincidencias y poder discutir sobre las diferencias, pero de forma constructiva. Eso me parece es lo más complejo y después el que implica un trabajo de cambio cultural porque esto es cambiar la cultura institucional. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

## El desafío de la voluntad política en la intersectorialidad

Otro desafío que se identifica y se vincula a lo visto en el capítulo I es el contexto que se entiende necesario para la implementación de la intersectorialidad. Dicho desafío es el de la voluntad política. La voluntad política se puede entender que es uno de los principales elementos que deben presentarse de forma favorable para poder ejercer la intersectorialidad al momento de gestionar las políticas de salud mental.

En ese sentido, de las entrevistas se plantea que:

Si no hay una visión y una decisión política de fortalecer los espacios intersectoriales y de darles relevancia como la que deberían tener, es difícil de sostener, porque también se sostiene en base a voluntades y a personas; y, en realidad, esto es un espacio que debería trascender las personas y poder

trascender también los gobiernos. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).

La falta de voluntad política puede tener distintas implicancias en lo que refiere a la salud mental y a la intersectorialidad, como, por ejemplo, esto genera poco diálogo entre lo nacional y lo departamental, provocando que se superpongan políticas con relación a la salud mental. Desde una de las entrevistas se plantea que

No hay una representación departamental en la intersectorialidad en salud mental, no se puede resolver eso; entonces claro, vos tenes una superposición de políticas en lo que refiere a las políticas nacionales con las políticas departamentales. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 14/02/2025).

## Tensiones y desafíos organizativos en la implementación de la intersectorialidad

A su vez, surgen otros desafíos más de índole organizativa, de cómo se debe organizar el trabajo para poder desarrollar la intersectorialidad, para poder ponerla en marcha. En ese sentido, se debía organizar lo que ya se venía trabajando desde la especificidad de cada ministerio en relación con la salud mental y a cómo se abordaba la salud mental desde los mismos. En entrevista, surge que

Retomar lo anterior, retomar lo que ya se había hecho en el Plan Nacional de Salud Mental, los sistemas y todas las discusiones que ya se venían dando, y concretarlas de vuelta en un sistema y decir, bueno, esto es lo que falta, esto es lo que hay que hacer. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 11/02/2025).

## La participación del sector privado: un desafío pendiente

Otra dificultad es la de lograr una participación e integración del sector privado en lo que refiere a la intersectorialidad en salud mental. En tal sentido, en la entrevista surge que:

Otra tensión fuerte, es una tensión marcada por la ausencia y debido a la incapacidad del MSP y del MIDES de invitar a los privados. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 14/02/2025).

## Resumen de los desafíos de la intersectorialidad en salud mental

A continuación, se presentará un fragmento de una de las entrevistas realizadas donde se sintetiza muy bien los desafíos que se han presentado en relación con la ejecución de la intersectorialidad en salud mental:

Hay una resistencia al cambio, hay también una cuestión que tiene que ver con lo cultural, que está instalado en la lógica sanitarista – biologicista, que también hace que cueste ver a la intersectorialidad como un espacio de creación de políticas distintas en salud mental, donde podemos pensar a la salud mental en clave de derechos humanos; entonces yo creo que ese ha sido como un obstáculo importante que ha implicado la necesidad de identificar que definitivamente tiene que haber un liderazgo fuerte. Yo creo que el liderazgo en estas estructuras es la clave, o sea, y me parece que si eso se logra, los otros obstáculos se van a aparecer pero se va a poder ir resolviendo, porque bueno, cuando una lidera algo debería tener también la capacidad de desatar los distintos nudos que se presentan y de voluntad política también de que funcione y de hacer todos los esfuerzos y empezar también a generar como otro tipo de actividad, y de llamar a otros actores que son fundamentales, yo creo que ese también es un gran compromiso. (Entrevista realizada para esta monografía, en comunicación personal, 10/02/2025).



En síntesis, los distintos desafíos que atraviesa la intersectorialidad en salud mental en nuestro país además de ser variados son complejos, abarcando desde la voluntad política y el liderazgo institucional hasta la participación activa y coordinada de los diversos ministerios y actores involucrados. Estos retos mencionados requieren no solo de estructuras formales y normativas, sino que también son necesarias transformaciones culturales profundas dentro de las instituciones, que permitan un cambio paradigmático hacia un modelo de atención comunitario basado en los derechos humanos.

Que el modelo funcione realmente, dependerá en gran parte de la capacidad de articular políticas integradas, de fomentar el diálogo constructivo entre los distintos actores involucrados y también de mantener un compromiso sostenido que trascienda los mandatos temporales y a las personas, para poder consolidar así una gestión intersectorial sólida y eficaz. Solo así se podría garantizar respuestas integrales a los distintos problemas que presenta la salud mental y que atraviesan a la sociedad en sí, promoviendo el bienestar, la inclusión social y la protección de los derechos humanos.

## Reflexiones finales

A lo largo de esta monografía se ha realizado un breve análisis del impacto de la intersectorialidad en las políticas públicas que refieren a la salud mental en nuestro país, especialmente a partir de la aprobación en el año 2017 de la ley n° 19.529, ley de salud mental. En este contexto, las reflexiones finales tienen como objetivo principal sintetizar los principales hallazgos y también desafíos identificados en este proceso de estudio, resaltando la importancia de un enfoque integral y comunitario para la atención de la salud mental. Principalmente, se aborda la necesidad de un cambio cultural en la sociedad y en las distintas instituciones, así como la implicancia de una voluntad política sólida en la implementación de políticas intersectoriales y la importancia de una participación de las y los distintos actores, así como una participación multidisciplinaria en lo que refiere a los profesionales que intervienen en las distintas etapas de las políticas.

Como se ha observado a lo largo del trabajo, la intersectorialidad toma un rol fundamental al momento de pensar, diseñar e implementar las políticas públicas.

La aprobación de la ley de Salud Mental en el año 2017 constituyó un hito en este campo, al instalar en la agenda pública una nueva forma de concebir y atender la salud mental. Este enfoque se caracteriza sobre todo por promover la atención comunitaria, interdisciplinaria y con base en los derechos humanos, aspectos que venían siendo impulsados por diversos actores sociales, académicos y también sanitarios.

### Desafíos en la implementación de la intersectorialidad

La implementación de este nuevo enfoque de atención de la salud mental basado en la comunidad y en los derechos humanos, requiere un cambio cultural que permita su adopción y asegure una atención de calidad para todas las personas.

Poder alcanzar una integración comunitaria como se busca desde este enfoque, requiere que la sociedad se pueda adaptar a las diversidades que la habitan e interactúan en ellas, por ende, la sociedad debería poder dar lugar y acompañar a aquellas personas que por distintos motivos requieren de un mayor acompañamiento, dado que su autonomía puede verse afectada.

Para eso, se requiere un cambio cultural, dado que el paradigma que sigue dominando en el campo de la salud mental, es el paradigma hospitalo - céntrico. Esto refiere a que la

alternativa que con más frecuencia se ve para atender las distintas problemáticas de salud mental es la hospitalización de las personas.

## Avances logrados y cambios estructurales

Cuando se habla de inclusión, se hace en base al reconocimiento de las personas como sujetos de derecho, en el entendido de que las personas se integran socialmente y ese contexto que las rodea y acompaña durante sus vidas, influye significativamente en la salud mental. Entonces, es necesario tener presente la visión social/comunitaria de las personas al momento de dar atención a las problemáticas que afectan su salud mental, y de garantizar el real acceso a los derechos humanos.

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, los problemas que afectan la salud mental son multicausales; y dada esta característica, es que la intersectorialidad entendida como tal, es un modelo de gestión de políticas públicas que puede brindar una forma de implementar las mismas desde un enfoque más integral, más multidisciplinario, más participativo,

Ahora bien, si bien se puede entender a la intersectorialidad como modelo de gestión, no significa que esta funcione como se espera dado que el contexto en el cual se implementa realmente no es el adecuado. La voluntad política es uno de los pilares fundamentales al momento de implementar a la intersectorialidad como modelo de gestión, ya que deben existir directrices claras y enfocadas al trabajo intersectorial. Esto refiere a que desde el Poder Ejecutivo deberían dictarse los procesos de trabajo y participación en las políticas intersectoriales, generando así un compromiso y una voluntad política de trabajar de esta forma.

## Recomendaciones y perspectivas futuras

Si bien son reconocibles los distintos avances que se han logrado a partir de la intersectorialidad, es necesario replicarlos y además asignarles mayores recursos. Las políticas no deben limitarse a presupuestos reducidos, ya que esto afecta directamente su eficiencia. Desde un enfoque intersectorial, cada sector, según sus especificidades, puede contribuir al logro de políticas públicas más eficaces y eficientes. Cuando la responsabilidad de la implementación de una política recae en un único Ministerio, esto genera que el mismo esté limitado en la asignación de recursos disponibles para cada política, ya que debe atender solo el costo total de la misma.

Se puede observar de los desafíos planteados en las distintas entrevistas a profesionales de la salud mental que en su quehacer profesional se han vinculado con el trabajo intersectorial, que existen dificultades para planificar e implementar políticas integrales en salud mental. Esto lo podemos vincular con la convocatoria a la participación de todos los actores involucrados, como a la participación de estos en los distintos espacios intersectoriales. Esta dificultad tiene como consecuencia un obstáculo que es el de poder incorporar acciones imprescindibles de prevención, promoción y atención de la salud mental en el marco de políticas intersectoriales.

Se entiende, además, que para que la atención de la salud mental esté más orientada a los principios rectores de la ley, además de los cambios estructurales que generó la aprobación de la ley de salud mental en 2017, requiere de cambios en la organización de la implementación en las nuevas políticas públicas, como cambios en las prácticas institucionales y profesionales.

Se considera importante destacar que se logró avanzar en lo que refiere al cambio legislativo, que es acorde y acompaña los distintos compromisos internacionales que Uruguay tiene en relación con la atención a la salud mental, esto con una visión más aggiornada de la misma que incorpora una perspectiva de derechos humanos y promueve un cambio en la atención brindada con un enfoque más comunitario.

Como se mencionó anteriormente, en la práctica pre - profesional se han observado cambios que impactan en el modelo de atención, los cuales sería importante poder retomar en otros estudios, como ser el impacto del trabajo intersectorial en el Hospital Vilardebó o el funcionamiento de los nuevos dispositivos. Estos dispositivos instalan una nueva forma en la atención sin dudas; pero a su vez, es necesario avanzar aún más en lo que refiere a la salud mental y su atención, ya que es difícil observar mayores cambios si los avances siguen siendo seriados, dado que estos no generan impactos como lo harían con políticas intersectoriales con una importante participación de los distintos actores.

Esto se vincula directamente con la voluntad política, que se entiende significa un pilar fundamental a la hora de que se efectivicen políticas intersectoriales realmente. Las formas de ejecución de las políticas públicas, así como los recursos que se les asignan, dependen directamente del sistema político y por ende de la voluntad política, entonces, si entendemos que la ley es desde una perspectiva de derechos humanos, tiene que componerse como tal, reafirmando por ejemplo el cumplimiento de distintos tratados que garantizan la dignidad humana, recursos económicos para la implementación de mayores políticas de salud mental, así como capacitación de los nuevos modelos de atención para

los distintos equipos multidisciplinarios que trabajan en dicho campo. También es necesario la participación de las personas usuarias del sistema de salud mental y de las organizaciones de la sociedad civil de nuestro país en todo el proceso de creación de las políticas públicas.

La importancia de implementar políticas públicas en salud mental que sean efectivas y acompañen a las personas en las distintas etapas de sus procesos, se funda en que, en términos de justicia e igualdad social, las políticas públicas tienen un lugar central para la transformación de las condiciones materiales de la vida de las personas; además son un espacio de importancia en los procesos de cambios paradigmáticos.

En resumen, las reflexiones expuestas en este trabajo permiten destacar la relevancia de la intersectorialidad como modelo de gestión de políticas públicas que permita abordar los desafíos en el campo de la salud mental. La ley n° 19.529, marca un hito de relevancia al introducir un enfoque comunitario y de derechos humanos en lo que refiere a la atención de la salud mental, aunque aún existen barreras que dificultan la implementación efectiva de este modelo. Es fundamental poder seguir avanzando hacia un cambio cultural que dé mayores facilidades a la integración de los distintos actores involucrados en la atención de la salud mental, así como garantizar la participación de las personas usuarias del sistema de salud mental de nuestro país, así como de sus familiares en la creación y ejecución de las distintas políticas.

La voluntad política, un aspecto clave, es de suma importancia para que las políticas intersectoriales sean realmente efectivas, y para que los recursos necesarios sean asignados de manera adecuada. Además, a pesar de los avances logrados, sigue siendo imperioso contar con mayores recursos y una mayor participación de actores sociales y profesionales, así como garantizar que las políticas no se ejecuten de forma fragmentada. Es importante seguir profundizando en la implementación de políticas públicas de salud mental más integrales, con mayor asignación de recursos, más capacitación profesional. De esta manera, se entiende que se podrá avanzar en la construcción de un sistema de atención de salud mental más justo y accesible para todos y todas.

## Referencias bibliográficas:

- Aldasoro, E. (2012). *Acción intersectorial en salud: Estrategias, experiencias y buenas prácticas* (07 de marzo 2012).
- Castell, P., & Serrate, F. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública*, 33(2).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2015). *Desarrollo social inclusivo: Una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe*. Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe, Lima, 2 al 4 de noviembre de 2015.
- Cunill-Grau, N. (2014). *La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual* (Proyecto Fondecyt N°1120893). Conicyt, Chile.
- Delgue, J. R., & Castello, A. (2015). *Derecho del trabajo. Tomo I: Conceptos fundamentales; sujetos; contrato de trabajo y su dinamismo* (2.ª ed.). Fundación de Cultura Universitaria.
- De León, N.; De Pena, L.; Silva, C. (2020). *Intersectorialidad en las políticas de salud mental: sus características para la externación sustentable en el marco de la desinstitutionalización psiquiátrica en Uruguay*. *Revista uruguaya de Enfermería*; 15 (2).
- Ferrari, M., & Leis, M. (2021). *Salud mental y protección social: Art. 11 de la ley 19.529. Antecedentes, ámbitos de trabajo y agenda 2021 para la Comisión Intersectorial en Salud Mental y su Comisión Asesora*. MIDES–MSP.
- Galende, A., & Fernández, A. (2015). *Texto, pretexto y contexto*. CSIC, Universidad de la República; Biblioteca Plural.
- IMPO. (s.f.). *Ley 19.529, Ley de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy>
- Ley n° 19.529. (2017). *Ley de Salud Mental*. Uruguay.
- Martínez, F. (2022). Abordar a la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 86(1)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Documento conceptual: Intersectorialidad. Concurso de*

*experiencias significativas de promoción de la salud en la Región de las Américas.* Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>.

- Palacios, A., *et al* (2017). *Salud mental, comunidad y derechos humanos*. Editorial Psico Libros Universitario. Montevideo.
- *Plan Nacional de Salud Mental 2020*. (2020). Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. (2013). Cien años de la Colonia Etchepare. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 77(1), 62.
- *Revista Uruguaya de Enfermería*. (2020). 140 años de historia del Hospital Vilardebó. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 15(2), 1–13.

# Anexo

## **Pauta de entrevista**

### Introducción:

Esta entrevista forma parte de la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. El objetivo de mi investigación será conocer los significados y el lugar de la intersectorialidad en el campo de la salud mental, considerando el marco actual del proceso de reforma que establece la ley n° 19.529. En particular, me interesa conocer cómo se conforma y opera la intersectorialidad en lo que refiere a salud mental y además conocer qué desafíos se han experimentado en el proceso de reforma establecido por la ley.

Los objetivos específicos de este trabajo son: a) enunciar los distintos conceptos y significados de la intersectorialidad como modelo de gestión de políticas públicas; b) describir la evolución de los modelos de atención de la salud mental mediante el análisis de la implementación de distintas políticas en relación a dicho campo en nuestro país; y finalmente, c) analizar los avances y desafíos que enfrenta actualmente la intersectorialidad en salud mental, considerando lo establecido en la ley n° 19.529.

Para esto, se utiliza una metodología cualitativa, basada en revisión bibliográfica y también en entrevistas semi - estructuradas, buscando obtener una visión más integral de la intersectorialidad, a partir del relato de los actores involucrados.

Agradezco desde ya su participación, ya que entiendo que su experiencia y perspectiva son fundamentales para este trabajo.



A) Conformación de la Intersectorialidad:

- ¿Qué actores integran actualmente la Comisión Intersectorial en salud mental?
- ¿Podría contarme sobre el proceso por el cual se conformó la Comisión?
- ¿Qué factores favorecieron y cuáles no en este proceso de conformación de la Comisión Intersectorial?
- ¿Cómo describiría la relación entre esos actores? ¿Cómo ha sido la experiencia de trabajo?

B) El rol de la Intersectorialidad:

- ¿Cuál considera es el rol que tiene la Intersectorialidad en el campo actual de la salud mental en nuestro país?
- ¿Cómo cree que evolucionó en el tiempo ese rol, luego de creada la Intersectorialidad con la Ley de Salud Mental?

C) Resistencias, desafíos y avances en la Intersectorialidad:

- ¿Cuáles han sido los principales desafíos que ha tenido que enfrentar la Comisión Intersectorial en salud mental?
- ¿Ha habido resistencias tanto externas como internas, en el desarrollo de trabajo de la Comisión Intersectorial?
- ¿Podría dar algún ejemplo?
- ¿Qué avances se han logrado en la Comisión Intersectorial en salud mental hasta ahora?
- ¿Esos avances, se han traducido en políticas públicas? ¿Cuáles por ejemplo?

- ¿Y cómo ha sido la participación de los distintos actores involucrados en la creación de dichas políticas?

D) Cierre: reflexiones finales:

- ¿Hay algún otro aspecto que quisiera mencionar o destacar sobre la Intersectorialidad en salud mental que no se haya mencionado?