

La situación actual de la atención en salud mental (SM) es motivo de preocupación para los distintos actores sociales, políticos y profesionales. En marzo se inició una nueva administración de gobierno; la Salud Mental fue destacada como prioridad por todos los partidos y candidatos durante la campaña electoral.

El 24 de junio de 2025 el Ministerio de Salud presentó la Estrategia Nacional de Salud Mental 2025-2030 en la comisión bicameral sobre Salud Mental del Parlamento, destacando la Ley N.º 19529 como eje de la estrategia.

La Sociedad de Psiquiatría está comprometida en apoyar las acciones que avancen hacia la implementación de la Ley y el Plan de Salud Mental, en el entendido de que responde a las necesidades de la población, y sus orientaciones están sustentadas en experiencias y evidencia internacional.

En la implementación de la Ley 19529 es central profundizar los cambios en el *modelo de atención* avanzando para consolidar un *modelo de salud mental comunitaria* en armonía con un *modelo de gestión* que comparta las orientaciones para la atención. Modelo de gestión que se expresa en la toma de decisiones respecto a las directivas técnicas y la designación de recursos de las autoridades nacionales e institucionales.

Es un proceso complejo que debe abarcar el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en su totalidad, pero tiene tiempos y características diferentes entre prestadores y territorios.

El lugar de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en este proceso es clave por varios motivos. Es el prestador

con mayor extensión territorial y mayor número de usuarios, principalmente en el interior. Fue el único prestador que tuvo una red de SM de acuerdo con las orientaciones del Plan de Salud Mental de 1986, cuyos lineamientos retomaron la ley de 2017 y el plan de 2019.

La red estuvo integrada por Equipos Comunitarios de Salud Mental en todo el territorio nacional; unidades de hospitalización en hospitales generales y Centros de Rehabilitación integrados a los equipos de SM, en la mayoría de los departamentos, con diferentes niveles de desarrollo. Fue una experiencia sostenida y bien valorada por los profesionales que integraban los equipos y por la población.

En los últimos años la red de equipos se debilitó en su estructura (aumento de vacantes) y en su funcionamiento (ausencia de un plan integral de funcionamiento).

La situación a nivel de los prestadores privados (Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales - IAMPP) es diversa, con algunas características y dificultades en común. Algunos prestadores avanzaron en referencia a la hospitalización en la sede general y casi todos tienen acceso a prestaciones psicosociales para poblaciones específicas, en particular las mandatadas por el plan de 2011. En la mayoría no hay equipos multidisciplinarios y la atención continúa centrada en la consulta profesional individual.

La transformación de la estructura del SNIS para la atención en SM es muy lenta; el desarrollo de las estructuras alternativas que mandata la normativa ha sido insuficiente, fragmentado y discontinuo. Los grandes centros y las clínicas monovalentes siguen en funcionamiento ocupando un lugar central en el proceso asistencial y en la designación de recursos humanos y

materiales. No ha habido avance sostenido en la instrumentación de un plan de desinstitutionalización de la población internada con larga estadía, siendo el modelo asilar y el hospitalario céntrico los que concentran gran parte del presupuesto destinado a SM.

En el proyecto de Ley de Presupuesto se menciona la SM en varios incisos. Destacamos en particular la asignación de recursos al Proyecto de Salud Mental y Adicciones de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública (\$ 10.000.000 anuales), al programa Red de asistencia e integración social de la Dirección de Desarrollo Social del Ministerio de Desarrollo Social y al Proyecto Atención a situaciones de especial vulnerabilidad (\$ 40.000.000 Ejercicio 2026 y \$ 50.000.000 anuales a partir del Ejercicio 2027), con destino a desarrollar nuevas iniciativas de atención de la SM y los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. En ASSE se asignan al Programa Atención integral de la salud una partida anual de \$ 70.000.000 destinada a los RR. HH., y una partida anual de \$ 100.000.000 con destino a la red de estructuras básicas de atención en SM en el marco del SNIS y el fortalecimiento de equipos de SM comunitarios.

Hay necesidades asistenciales emergentes que requieren respuestas urgentes e impulsan acciones desde las autoridades; uno de los temas más visibles es la asignación de recursos humanos. Esta situación puede implicar oportunidades de avance en la medida que

la toma de decisiones esté alineada en una estrategia que conduzca a la implementación de la ley. El diseño de la estructura de cargos es uno de los ejes principales para el avance hacia la consolidación de un *modelo de salud mental comunitario*.

Identificamos como orientaciones relevantes:

- jerarquizar la continuidad de la atención ambulatoria;
- fortalecer el trabajo en equipo;
- existencia de directivas técnicas comunes a los equipos y a cada profesión integrante;
- fortalecer la respuesta en los distintos puntos del sistema de acuerdo con su especificidad (a modo de ejemplo, integrar la emergencia psiquiátrica como competencia de las emergencias generales y atención de la SM en el primer nivel);
- formas de contratación y remuneración que fortalezcan la red (a modo de ejemplo, habilitar horas de coordinación para la gestión de casos y estrategias de atención en común, entre la red de atención primaria y la red especializada en SM).

La *Revista de Psiquiatría del Uruguay* dio seguimiento a las diferentes etapas de discusión técnica y política sobre la atención de la salud mental y retoma el tema en este contexto esperando que podamos avanzar en este quinquenio.

Sandra Romano