

INFORME DE EVALUACIÓN DE DISEÑO

Centros del Programa Ni Silencio Ni Tabú (INJU-MIDES)

Área de Planeamiento - División de Análisis y Evaluación Económica y Social

Abril de 2025



**Oficina
de Planeamiento
y Presupuesto**

Planeamiento

Oficina de Planeamiento y Presupuesto

Dirección

Rodrigo Arim

Sub dirección

Jorge Polgar

Área Planeamiento

Dirección

Daniel Greif

División de Análisis y Evaluación Económica y Social

Sub dirección

Fernando Salas

Equipo Técnico: Alberto Zas, Joaquín Zarucki y Fernando Salas

Aportes técnicos y revisión: Martín Lavallega y Daniel Greif

Agradecimientos: Se valora muy positivamente la participación y apertura de las contrapartes de la evaluación, en particular a Lucía Barrios, María Cecilia Cristar, Leticia Palumbo, Darío Fuletti, Fernanda Ferrari, Javier Chiossi y María Ferrari.

Nota: es preocupación de la institución el uso de un lenguaje que no discrimine entre hombres y mujeres. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura y en aquellos casos en que no es posible incorporar el lenguaje inclusivo, se hace uso del masculino genérico clásico conviniendo en que todas las menciones en dicho género representan a hombres y mujeres.

Torre Ejecutiva / Sur / Liniers 1324, 5to Piso.

Montevideo, Uruguay.



Contenido

1. Introducción	2
Principales conclusiones y recomendaciones	5
2. Teoría del cambio de los Centros	10
3. Política global en que se enmarca el programa	29
4. Población y cobertura	35
5. Procesos y coordinación.....	44
6. Gestión	50
7. Evidencia sobre desempeño	56
8. Costos	64
9. Bibliografía y otras fuentes	68
10. Glosario	71
11. Anexos.....	72



1. Introducción

Se presenta la evaluación de diseño de la intervención denominada Centros del Programa Ni Silencio Ni Tabú (NSNT). Estos dependen del Instituto Nacional de la Juventud (INJU) dentro del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), y tienen como coejecutor al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), quien participó en el diseño de la intervención y administra los fondos aportados por INJU para la contratación de las organizaciones de la sociedad civil (OSCs) que gestionan los Centros.

La evaluación se acordó entre OPP y el MIDES para brindar información externa sobre el uso de los recursos asignados a MIDES a través de la Ley N° 20.212, de “Aprobación de rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal” correspondiente al ejercicio 2022. Esto se da en un contexto de priorización de las políticas de salud mental a nivel de la agenda pública.

La evaluación comenzó en octubre de 2024 y finalizó en marzo de 2025. La misma analizó el diseño de la intervención que estuvo vigente durante 2024 a partir de la información disponible (documento de diseño, términos de referencia -TDR-, normativa, literatura académica, entre otros), así como talleres con los responsables del Programa en INJU y UNICEF.

La evaluación abarcó cuestiones como las siguientes: a) problemas y necesidades que originan la intervención; b) política global en que se enmarca; c) su población potencial y objetivo; d) la descripción de la intervención; e) su institucionalidad; f) macroproceso; g) resultados previstos y h) costos. Todas estas dimensiones se evaluaron en relación a su diseño, siendo materia de eventuales futuras evaluaciones la implementación concreta del mismo, así como los resultados efectivamente alcanzados.

El Programa Ni Silencio Ni Tabú (NSNT) se creó en 2023 con el objetivo general de promover el bienestar psicoemocional de la población adolescente y juvenil en el país, a través de la movilización social, promoción y atención, con énfasis en la aproximación comunitaria y la participación (MIDES, 2024).

Ante la constatación de la “alta incidencia y prevalencia de malestar emocional entre adolescentes y jóvenes sin una oferta pública que brinde prevención, promoción y atención de su salud mental con perspectiva juvenil” (MIDES, 2024); se creó el componente Centros NSNT, objeto de la presente evaluación, con fondos de la Ley N° 20.212 (de Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal) aprobada en 2023, que otorgó al Programa un financiamiento de 95 millones de pesos anuales.

El objetivo general de los Centros es generar un servicio de proximidad para la promoción, prevención y atención del bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes en los territorios donde se desarrollan (MIDES, 2024).

Los servicios de los Centros incluyen la realización de acciones comunitarias y de promoción para adolescentes, jóvenes y referentes adultos; talleres psicosociales para abordar temáticas



específicas para adolescentes y jóvenes; talleres de sensibilización para referentes adultos y comunitarios; así como la atención terapéutica individual y grupal para adolescentes y jóvenes. También promueven y/o fortalecen espacios de articulación interinstitucional territorial, y por último realizan acuerdos de articulación, coordinación y derivación con el sistema sanitario y otros servicios especializados.

La población potencial de los centros son los adolescentes y jóvenes de 14 a 29 años que residan en los departamentos donde estén funcionando los centros. En el caso del servicio de atención terapéutica la población se acota a adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años. Asimismo, se desarrollan actividades que incluyen a referentes adultos.

Se impulsó la apertura de seis Centros durante 2024 (uno de ellos completó su equipo de trabajo en 2025): Montevideo (zona oeste), Canelones (ciudad de Las Piedras), Cerro Largo (ciudad de Melo), Florida (ciudad de Florida), Río Negro (ciudad de Fray Bentos), Rocha (ciudad de Rocha) (MIDES, 2024). A su vez está prevista la apertura de un centro adicional en Montevideo durante 2025 (en Casavalle).

El costo de funcionamiento mensual de cada Centro durante 2024 (según los TDR de las contrataciones de las organizaciones que los gestionan) fue de 742.377 pesos. Esta cifra incluye salarios, gastos operativos, actividades de formación, inducción, y planificación. Está previsto abonar hasta 100.000 pesos mensuales adicionales por alquiler de local en los casos en que el mismo sea provisto por la OSC (esto ocurre solo en uno de los Centros previstos hasta el momento, ya que en la mayoría de los casos los locales son aportados desde el Programa, en su mayoría por los gobiernos departamentales –GGDD-).

La evaluación concluyó que los Centros NSNT son una respuesta pertinente respecto al problema de salud mental que se viene atendiendo de forma incremental por parte de las políticas gubernamentales, y cuya problemática adquirió en la población adolescente y joven una nueva visibilidad y complejidad como consecuencia de la pandemia causada por COVID-19.

Esta respuesta de carácter comunitario se alinea con algunas buenas prácticas aprendidas de experiencias internacionales como los Centros Headspace en Australia, pero presenta diferencias en el alcance de los servicios provistos, y la inserción institucional, ya que Headspace es financiado desde el gobierno fundamentalmente por el sector salud, en particular el Australian Government Department of Health and Aged Care.

Por otra parte, el equipo evaluador considera que la intervención cuenta con algunas oportunidades de mejora en su diseño. Se destacan a continuación las principales.

En primer lugar, si bien en la identificación del problema que da origen a los Centros NSNT se mencionan grupos especialmente afectados por el malestar emocional (vulnerabilidad socioeconómica, género, etc.), no hay una estrategia clara para su captación o atención diferenciada, por lo que se recomienda describir cómo se abordará diferencialmente a estos grupos.



En segundo lugar, se constató que los servicios provistos por los Centros NSNT son necesarios para la solución del problema que da origen a la intervención (alta incidencia del malestar emocional en adolescentes y jóvenes sin una oferta pública acorde), pero no parecen ser suficientes en relación a algunas de las causas del problema, por ejemplo: casos en que se requiere atención psiquiátrica, atención al uso problemático de drogas, apoyo educativo, o la intervención en las dinámicas familiares desde el hogar con relación a los entornos de desprotección y violencia. Si bien podría abordarse estas situaciones a través de la derivación responsable que el programa prevé, el servicio de acompañamiento ante situaciones emergentes no está suficientemente descrito, y no queda claro su alcance, por lo que se sugiere explicitar mejor sus características y protocolos de actuación.

En tercer lugar, se constató que los indicadores de la intervención son pertinentes pero insuficientes en relación con algunos de los resultados de la teoría del cambio, en particular se sugiere incluir un test a partir de una metodología validada para estimar el malestar emocional, u otros resultados relevantes. Esto mejorará las posibilidades de brindar seguimiento y eventualmente evaluar los resultados de la intervención.

En cuarto lugar, se aprecia que el Programa NSNT está alineado con las prioridades gubernamentales en salud mental, en particular en relación a la promoción del bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes, sensibilización y participación comunitaria, previstas para el INJU en el Plan de Salud Mental 2020-2027. No obstante, en relación a las acciones terapéuticas estas se enmarcan en el Plan de Salud Mental y Adicciones creado en 2023, pero no están previstas en la ordenanza N° 1488, o el decreto 274/013 que establecen el catálogo de intervenciones en relación a salud mental o adicciones, y presentan un riesgo de solapamiento en relación con el servicio de atención terapéutica previsto en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Por tal razón se sugiere explorar la posibilidad de reperfilar los Centros NSNT, diseñando un proyecto piloto en coordinación con ASSE, para la coejecución de un Centro que brinde una modalidad de atención más integral (similar a lo que ofrece el modelo de referencia Headspace), liderando INJU las acciones de promoción y prevención, así como la generación de condiciones que favorezcan la captación y tratamiento adecuado, y liderando ASSE la gestión de los servicios de salud asociados (incluyendo la atención terapéutica).

A continuación se presenta el listado completo de conclusiones y recomendaciones.



Principales conclusiones y recomendaciones

El listado completo de conclusiones y recomendaciones se presenta en la tabla 1. La evidencia que sustenta cada conclusión se encuentra en el cuerpo del informe, en las secciones correspondientes que abordan cada dimensión. Las conclusiones y recomendaciones se organizan por dimensión. En cada bloque figura la totalidad de las conclusiones y recomendaciones en relación a la misma.

Tabla 1. Principales conclusiones y recomendaciones con relación a los Centros NSNT, según temática analizada por la evaluación.

Conclusiones	Recomendaciones
Diagnóstico del problema o necesidad que da origen a los centros	
C1. El problema, sus causas y consecuencias están bien delimitados y respaldados por evidencia, salvo en lo referido a la insuficiencia de la oferta pública. Además, no se especifica cuáles de las causas identificadas serán abordadas por la intervención, lo que es clave dado que algunas, como la vulnerabilidad socioeconómica, no son atendidas directamente. También se requiere mayor evidencia sobre la incidencia del problema por departamento para optimizar la ubicación de los servicios.	R1. Ajustar el documento de diagnóstico de la intervención dando cuenta de la incidencia del problema por departamento, identificando cuáles son las causas que se abordarán.
Objetivos de los Centros	
C2. Los objetivos generales y específicos detallados en el documento de diseño son pertinentes con relación al problema identificado y sus causas. No obstante, los mismos no coinciden plenamente con la Teoría del Cambio (TdC) de los Centros identificada con las contrapartes en el marco de la evaluación. Algunos de los objetivos específicos enfatizan más los servicios que los cambios esperados en los beneficiarios.	R2. Ajustar redacción de objetivos específicos para que reflejen más claramente los resultados esperados en los beneficiarios. R3. Ajustar los objetivos o la TdC del Programa para que sean consistentes entre sí.



Conclusiones	Recomendaciones
Estrategia y servicios que incluye	
C3. Hay un vínculo lógico entre los problemas a abordar, los servicios ofrecidos y los resultados esperados por la intervención. Los servicios provistos son necesarios para la solución del problema, pero no parecen ser suficiente en relación algunos de ellos, por ejemplo: casos en que se requiere atención psiquiátrica, atención al uso problemático de drogas, apoyo educativo, o la intervención en las dinámicas familiares desde el hogar con relación a los entornos de desprotección y violencia. Si bien podría abordarse estas situaciones a través de la derivación responsable, el servicio de acompañamiento ante situaciones emergentes no está suficientemente descrito, y no queda claro su alcance.	R4. Explicitar el servicio de derivación responsable, describir sus características y protocolos ante los distintos tipos de emergentes. Se debe contemplar asimismo cómo se actuará ante la falta de respuesta de los servicios públicos, o la incapacidad para lograr que el joven cumpla las recomendaciones.
C4. Si bien en la identificación del problema se mencionan grupos especialmente afectados, no hay una estrategia clara para su captación o atención diferenciada.	R5. Describir cómo se abordará diferencialmente a aquellos grupos que sufren especialmente el malestar emocional (según vulnerabilidad socioeconómica, género, etc.).
Población y cobertura	
C5. El rango etario de la población potencial varía entre documentos (TDR y diseño) y no considera específicamente la presencia del problema de salud mental, lo cual es relevante en el servicio de atención terapéutica (previsto para abordar malestares y problemas emocionales o psicológicos específicos).	R6. Ajustar la definición de la población potencial de cada servicio según edad, e incluir en la definición de la población potencial del servicio de atención terapéutica la especificación de que se dirige a adolescentes o jóvenes con malestares o problemas emocionales o psicológicos específicos.
C6. Se prioriza acertadamente la atención terapéutica en casos de crisis y malestar emocional, pero sin un protocolo unificado, lo que puede generar disparidad de criterios entre Centros y el riesgo de dejar sin atención casos urgentes.	R7. Protocolizar la selección de beneficiarios, definiendo criterios de priorización en función de la urgencia o gravedad del problema que pretende atender la intervención.



Conclusiones	Recomendaciones
<p>C7. No hay un estudio de oferta y demanda que preceda a la ubicación de los Centros (demanda potencial en el territorio, grado de vulnerabilidad psicosocial de su población o la disponibilidad de otros servicios en el territorio).</p> <p>A su vez, la variabilidad en los cupos de terapia individual y grupal (estimada en el marco de la evaluación en el rango de 120 a 2.880 adolescentes o jóvenes en individual y 6 a 2.160 en grupal) impide determinar la cobertura y suficiencia de los cupos existentes, así como el costo por persona de la intervención.</p>	<p>R8. Generar las condiciones para realizar un análisis de cobertura del servicio de atención terapéutica e implementarlo. Esto requiere: a) especificar un rango meta más acotado con relación a la cantidad de beneficiarios que se pretende atender por servicio; b) en coordinación con MSP y/o ASSE identificar la población potencial sin cobertura de NSNT, así como de otros prestadores de servicios terapéuticos del SNIS.</p>
<p>C8. Si bien se prevé que el alcance territorial de la atención de los Centros sea departamental, no se prevén condiciones suficientes para que esto ocurra con aquellos potenciales beneficiarios de ciudades o poblados diferentes a aquellos en que se ubican los centros (más allá de prever que los Centros se ubiquen próximos a una parada de ómnibus no se menciona en los TDR o documento de diseño la previsión de un servicio de atención virtual, u otros apoyos para concurrir si no hay servicios disponibles de otros posibles prestadores del servicio en su entorno).</p>	<p>R9. Una vez implementados los Centros se recomienda relevar la composición según zona de residencia de los beneficiarios del servicio de atención terapéutica para concluir respecto a si el mismo tiene alcance departamental en las condiciones de provisión previstas en el diseño.</p>
Macroproceso	
<p>C9. El macroproceso de la intervención está poco desarrollado, omitiendo algunos servicios, el vínculo con sistemas de información, actores involucrados, documentación utilizada y procesos de apoyo.</p>	<p>R10. Se recomienda especificar con mayor detalle los procesos y subprocesos de la intervención, incluyendo su vínculo con los sistemas de información e identificando (eventualmente elaborando) los documentos auxiliares requeridos por las distintas actividades (por ejemplo, protocolo ante intentos de autoeliminación de beneficiarios).</p>



Conclusiones	Recomendaciones
Política global en que se enmarca el programa	
<p>C10. El Programa NSNT está alineado con las prioridades gubernamentales en salud mental, incluyendo la promoción del bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes, sensibilización y participación comunitaria, previstas para el INJU en el Plan de Salud Mental 2020-2027. Sus acciones terapéuticas se enmarcan en el Plan de Salud Mental y Adicciones de 2023.</p> <p>No obstante, las actividades terapéuticas desarrolladas por los Centros no están previstas por la ordenanza N° 1488 y el Decreto 274/013 que especifican los distintos tipos de abordaje comunitario en relación con la salud mental y adicciones respectivamente; y se ubican presupuestalmente en un Área programática (Protección social), un Programa presupuestal (401 Red de asistencia e integración social), y un Inciso (MIDES) que no mencionan en sus objetivos la salud mental.</p> <p>A su vez, si bien las actividades de prevención, promoción y articulación realizadas por los Centros no se superponen a las de otras intervenciones, hay un riesgo de solapamiento en relación con el servicio de atención terapéutica de los Centros; ya que el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) incluye esto entre sus prestaciones. INJU justifica la provisión de este servicio por los Centros en función de los largos tiempos de espera y la inadecuación a las necesidades y perspectiva juvenil del servicio provisto en el marco del SNIS, sin embargo, no se presentó evidencia suficiente en el plazo de la evaluación.</p>	<p>R11. Se sugiere explorar la posibilidad de reperfilar la intervención, diseñando un piloto en coordinación con ASSE, para la coejecución de un Centro que brinde una modalidad de atención más integral (similar a lo que ofrece el modelo de referencia Headspace). Se sugiere que el piloto contemple el liderazgo de ASSE en relación a la prestación de servicios de salud mental, así como respecto al acceso a otras especialidades como ginecología, tratamiento de adicciones, medicación. A su vez INJU podría liderar la generación de un entorno de atención que integre mejor la perspectiva juvenil, y fortalezca la promoción, prevención, sensibilización y desarrollo de capacidades de los jóvenes y sus referentes respecto a la salud mental.</p> <p>R12. En el corto plazo se sugiere disminuir el riesgo de solapamiento en la atención terapéutica a través de una mayor coordinación con el sector salud (por ejemplo, mapear los servicios en territorio para identificar posibles solapamientos y complementariedades con otros servicios, en particular ASSE, así como a través de la generación de acuerdos de complementariedad).</p>



Conclusiones	Recomendaciones
Gestión	
C11. Se considera muy valioso el aporte de UNICEF en las etapas iniciales de identificación de necesidades y diseño de la nueva intervención, lo cual permitió reducir tiempos de aprendizaje a través del aporte de conocimiento sobre la temática, así como en relación a experiencias internacionales. No obstante, su participación en la implementación de la intervención como unidad que subcontrata a las organizaciones que gestionan los Centros podría aumentar la complejidad en la gestión y elevar los costos de administración de los Centros.	R13. Se sugiere analizar la conveniencia de que en el mediano plazo la gestión de los convenios con las OSC se realice en forma directa desde el MIDES (para esto puede ser de utilidad generar información a través de una evaluación de procesos).
Evidencia sobre el desempeño	
C12. Los indicadores de la intervención son pertinentes pero insuficientes en relación con algunos de los resultados de la teoría del cambio. Además, en algunos casos no se han definido fórmulas, periodicidad, fuentes de datos ni metas, y no se previó el uso del Sistema de Monitoreo, Administración y Resolución de Trámites (SMART) durante 2024. En particular se sugiere incluir un test a partir de una metodología validada en relación con el malestar emocional, u otros resultados relevantes, que pueda aplicarse a nivel de línea de base y para monitorear el seguimiento de los beneficiarios.	R14. Reformular la matriz de monitoreo de indicadores para que esté alineada con los productos y resultados de la teoría del cambio, se defina su operacionalización y metas. R15. Continuar generando evidencia sobre la intervención a través de la evaluación de su implementación (corto plazo) y de sus resultados, considerando herramientas específicas de medición del bienestar psicosocial (mediano plazo).
Costos	
C13. El presupuesto de la intervención no está desagregado a un nivel que permita la estimación de costos por servicios y beneficiario.	R16. Se recomienda avanzar en el costeo por producto y por beneficiario.

Fuente: elaboración propia.



2. Teoría del cambio de los Centros

En este capítulo se presenta en forma general la teoría del cambio de los Centros NSNT (vínculo entre problema a solucionar, servicios que provee y los resultados que busca lograr en el corto, mediano y largo plazo).

En primer lugar, se describe y evalúa el diagnóstico del problema que da origen a los Centros NSNT, luego sus objetivos y servicios, y su estrategia general. Finalmente se revisan los modelos y soluciones a nivel internacional que se consideraron por sus responsables durante el diseño.

2.1 Diagnóstico del problema/necesidad que da origen a los Centros

El principal problema que busca atender la intervención es la “Alta incidencia y prevalencia de malestar emocional entre adolescentes y jóvenes sin una oferta pública que brinde prevención, promoción y atención de su salud mental con perspectiva juvenil” (MIDES, 2024).

Se identificaron a su vez las siguientes causas del problema por parte de los responsables de la intervención.

1. Entornos familiares de desprotección, que no son vividos por adolescentes y jóvenes como espacios seguros, de referencia y pertenencia. Falta de redes de apoyo vincular y afectivo ya sea de referentes adultos significativos y de otras redes primarias, en una etapa del ciclo de vida (adolescencia y juventud) de grandes cambios, desafíos, y eventos de transición a la vida adulta.
2. Exposición a situaciones de violencia y discriminación en el entorno familiar, el espacio educativo y comunitario, el cual se expresa en forma diferente según género, generaciones y diversidad sexual.
3. Adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad socio - económica manifiestan mayor malestar emocional.
4. Debilitamiento de factores protectores en el entorno educativo y comunitario.
5. Falta de recursos comunitarios que contribuyan a detectar, atender/tratar situaciones que afectan el bienestar socioemocional de adolescentes y jóvenes en los territorios de referencia.
6. Mandatos y estereotipos de género que afectan diferencialmente la salud mental de adolescentes y jóvenes y su forma de expresar el malestar emocional.
7. Incidencia de la pandemia en el aislamiento social, las relaciones y socialización entre pares en la prevalencia de problemas de salud mental.



8. Debilidad en la política de promoción, sensibilización y prevención de la salud mental, y de recursos comunitarios en los territorios de referencia para promover el bienestar socioemocional de los jóvenes.
9. Escasa oferta pública de iniciativas de promoción y prevención en salud mental en adolescentes y jóvenes, así como de servicios de atención de salud mental con perspectiva juvenil.
10. Patrones culturales asociados al estigma y tabú en relación con la salud mental

La intervención pretende intervenir sobre todas estas causas.

A su vez se identificaron las siguientes consecuencias del problema:

1. Mayor prevalencia del malestar emocional en adolescentes y jóvenes.
2. Conductas que exponen a adolescentes y jóvenes a riesgos en relación con su integridad emocional y física.
3. Manifestaciones de malestar con expresión en lo somático, en la conducta, y en lo psicológico.
4. Depresión, ideación suicida, intentos de autoeliminación y suicidio en la población adolescente y joven (14 a 29 años) de nuestro país.

El documento de diseño (MIDES, 2024) presenta evidencia sobre el problema que aborda la intervención. En el mismo se mencionan algunos de los datos más relevantes como, por ejemplo: la tendencia creciente entre 2013 y 2022 en indicadores que dan cuenta de tristeza o desesperación entre adolescentes y jóvenes, al punto de abandonar actividades habituales.

El 14.4% de los adolescentes y jóvenes se sentían tan tristes o desesperados durante dos semanas seguidas que dejaron de hacer sus actividades habituales (Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud -ENAJ-: 2018). En el caso de adolescentes de 16 a 19 años el dato asciende de 11% en 2013 a 24% en 2022 en un contexto pos-pandemia (MIDES: 2024)

La incidencia es mayor en los sectores de menores ingresos (14,8% en el primer quintil y 11,2% en el quinto quintil); en el tramo de 18 a 24 años (ENAJ: 2018), y entre las mujeres (17,1% de ellas frente a un 11,4% de los varones).

En materia de suicidio la cantidad de muertes en adolescentes y jóvenes ha mostrado un incremento en los últimos años (se toma como referencia el período 2010-2020). Las subas más fuertes se observan en el tramo de 20 a 24 años (74 defunciones anuales en promedio desde



2015) y en el de 24 a 29 años (64 defunciones anuales en promedio). El tramo de 25 a 29 años es el que muestra el mayor incremento en la tasa de suicidios (cantidad de suicidios cada 100.000 personas) en los últimos 20 años. Dicha tasa aumentó de 15,5 en 2000 a 29,1 en 2020 (INJU-UNICEF, 2022).

En materia de redes de protección familiar se constata que, en los hogares monoparentales pobres, solo el 41% recibe transferencias de otros hogares, entre las cuales se incluyen las contribuciones por divorcio o separación y la pensión alimenticia (UNICEF, 2024d: 12).

Los documentos en donde se pueden encontrar los datos mencionados son los siguientes: Informe IV ENAJ 2018 (INJU, 2020); Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay (INJU/UNICEF, 2022); Panorama de la salud mental y el bienestar psicosocial (INJU/UNICEF, 2023); y datos de estadísticas vitales del MSP.

Los documentos aportados evidencian con datos estadísticos la alta incidencia y prevalencia de malestar emocional entre adolescentes, aportando datos específicos según nivel socioeconómico, género, diversidad sexual, entorno familiar, referentes adultos significativos, entorno educativo y comunitario, territorio y efectos de la pandemia.

En referencia a la oferta pública de prevención, promoción y atención de su salud mental con perspectiva juvenil, en los documentos se plantea la necesidad de transversalizar el enfoque de adolescencias y juventudes en las acciones de salud mental y bienestar psicosocial; desarrollar espacios de participación; incluir el enfoque de salud mental en ámbitos educativos y comunitarios; potenciar espacios interinstitucionales y generar acciones referidas a la salud mental, bienestar y soporte psicosocial en las instituciones que trabajan directamente con adolescentes (INJU/UNICEF, 2022).

Se habla también de fortalecer los servicios y espacios de salud adolescente del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En este sentido en los documentos se menciona la necesidad de transversalizar el enfoque de adolescencias y juventudes, capacitando al personal para dicha tarea.

Los diagnósticos mencionan la falta de una política pública en esta área con perspectiva juvenil. Consideran la necesidad de profundizar en una política pública de promoción, prevención y atención con una perspectiva específica para adolescencia y juventudes. Sin embargo, si bien los responsables de la intervención valoraron algunos dispositivos de la oferta pública (en particular con el Programa de Adolescencia de INAU y del MSP), en ninguno de los documentos aportados se detalla suficientemente cuál es la oferta pública existente vinculada al problema que se busca resolver, y por lo cual se necesitaría de un nuevo servicio, y no el ajuste de los existentes, como por ejemplo los Centros Juveniles (INAU) o los Servicios de Salud para Adolescentes (ASSE).

Con respecto a los Centros Juveniles las contrapartes del INJU mencionan que se intentó llegar a acuerdos para que la atención que brindan los Centros NSNT se hicieran allí, pero no se logró ya que los mismos tienen un modo de funcionamiento y objetivos preestablecidos en los



convenios firmados, los cuales a su vez atienden una población de hasta 17 años de edad (inclusive). Más allá de esto hubo acuerdos con el Programa Adolescencia del INAU, en alfabetización y salud mental para capacitar a los referentes, y la compra de los Kits para los Centros Juveniles por parte de INAU.

Evaluación

El problema, así como sus causas y consecuencias, en general están adecuadamente delimitados, salvo respecto a dos de las causas (5 y 9) y una de las consecuencias (1) que formarían parte del problema en sí mismo.

Hay evidencia disponible que da cuenta de la magnitud del problema, como es el caso de la tendencia creciente en la tasa de suicidio o depresión. También hay evidencia en cuanto a las causas, salvo en el caso de falta de oferta pública o sus carencias, donde falta más evidencia que sustente dicha falta.

El vínculo de las causas con el problema y de éste con sus consecuencias descritas se encuentra fundamentado en la evidencia, a excepción de la falta de oferta pública (lo cual requeriría un mapeo específico, incluyendo la presentación de evidencia respecto a que los servicios disponibles de atención terapéutica presentan características que justifican desarrollar esta atención desde los Centros NSNT).

La TdC de los Centros menciona entre sus consecuencias la afectación del desempeño educativo o laboral, sin embargo, esto no ha sido documentado suficientemente en el diagnóstico del problema que da origen a la intervención. Se entiende desde el equipo evaluador que el vínculo entre malestar emocional y desempeño educativo o laboral es plausible. El mismo es mencionado en las evaluaciones recientes de Headspace (KPMG, 2022: 36); y se ha descrito también en otras publicaciones, por ejemplo en relación al vínculo entre malestar emocional y la procrastinación (Moreta et al. 2018); con respecto a la interacción entre el miedo o la inteligencia emocional y el rendimiento académico (Pulido y Herrera, 2017).

Algunas de las causas del problema que la intervención pretende abordar, no disponen de instrumentos o acciones específicas para hacerlo efectivamente. Por ejemplo en relación a la causa “Adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad socio - económica manifiestan mayor malestar emocional”: a) no se detectaron acciones vinculadas a apoyar el acceso a las transferencias estatales previstas (TUS, AFAM PE, becas, etc.); b) no se prevé brindar apoyo para el acceso al servicio (por ejemplo boletos); y c) no se prevé la priorización de los beneficiarios con mayor vulnerabilidad económica (lo cual podría ser constatable en función de información previamente recabada y disponible en los sistemas de información de MIDES como el SMART).

Fueron identificados grupos poblacionales que sufren el problema en mayor magnitud, son el caso de la población con vulnerabilidad socioeconómica, así como diferencias en cuanto al sexo o edad. No se presenta suficiente evidencia sobre incidencia por departamentos (dado que los



beneficiarios del centro se circunscriben a dichas áreas), si bien no es algo que se plantee como parte del problema resulta importante a la hora de valorar si los centros fueron bien ubicados en el territorio.

2.2 Objetivos y servicios de los Centros

2.2.1 Objetivos de los Centros

Descripción

Se presenta en esta sección un enunciado sintético de los objetivos del Programa NSNT y los resultados que pretende lograr, para describir en segundo lugar los objetivos generales y específicos de los Centros.

El Programa Ni Silencio Ni Tabú (NSNT) se creó en 2023 y tiene como objetivo general promover el bienestar psicoemocional de la población adolescente y juvenil en el país, a través de la movilización social, promoción y atención, con énfasis en la aproximación comunitaria y la participación (MIDES, 2024).

Los Centros NSNT, que son uno de los componentes del Programa, se crearon en 2024 con fondos de la Ley de Rendición de Cuentas aprobada el año anterior, con el objetivo general de brindar un servicio de proximidad para la promoción, prevención y atención del bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes en los territorios donde se desarrollan (MIDES, 2024).

Los Centros NSNT tienen los siguientes **objetivos específicos** (MIDES, 2024).

- I. Brindar espacios de escucha, contención, orientación y acompañamiento a adolescentes y jóvenes, a través de diversas propuestas individuales y grupales, lideradas por profesionales, y orientadas a la **promoción del bienestar psicoemocional**.
- II. Brindar espacios de apoyo, encuentro e intercambio entre adolescentes y jóvenes, para el **cuidado y promoción de su bienestar psicoemocional**, acompañados por referentes técnicos.
- III. **Detectar tempranamente las situaciones de sufrimiento o de riesgo** que requieran una atención específica con otro tipo y tiempo de respuesta, y propiciar las coordinaciones para efectivizarlo.
- IV. Impulsar e implementar actividades de **formación y promoción de bienestar psicoemocional en la comunidad de referencia**, dirigidas a adolescentes, jóvenes, familias y adultos referentes, integrando la participación de los actores locales.
- V. Articular con instituciones y organizaciones para **facilitar el acceso de las/los adolescentes y jóvenes a diversos servicios o iniciativas en función de sus intereses y proyectos de vida**.



Evaluación

El objetivo general es adecuado en relación con el problema que da origen a los Centros.

En relación con los objetivos específicos, en algunos casos (sobre todo en la redacción de los objetivos 1, 2 y 4) se pone el acento en los productos y no en forma suficiente en los cambios esperados en los adolescentes y jóvenes a través de los Centros.

No se mencionan entre los objetivos algunos de los resultados que en los talleres de teoría del cambio fueron identificados por los responsables de la intervención, por ejemplo, la mejora del desempeño educativo o laboral.

2.2.2 Servicios de los Centros

Descripción

Los Centros están abiertos durante 12 horas diarias, funcionando de lunes a viernes, en el horario comprendido entre las 8 y las 20 horas, o de 9 a 21 horas (UNICEF, 2024), desarrollando servicios orientados a la promoción, prevención, atención y articulación (ver tabla 2).

Tabla 2. Servicios de los Centros NSNT según dimensión

Dimensión	Servicio
Promoción	Acciones comunitarias y de promoción para adolescentes, jóvenes y referentes adultos.
Prevención	Talleres psicosociales que aborden temáticas específicas para adolescentes y jóvenes.
	Talleres de sensibilización para referentes adultos y comunitarios.
Atención	Atención terapéutica individual para adolescentes y jóvenes
	Atención terapéutica grupal para adolescentes y jóvenes
Articulación interinstitucional	Promover y/o fortalecer espacios de articulación interinstitucional territorial.
	Acuerdos de articulación, coordinación y derivación con el sistema sanitario y otros servicios especializados.

Fuente: elaboración propia a partir de MIDES (2024).



A continuación, se describe cada uno de los servicios provistos por los Centros.

La **promoción** se desarrolla a través de **acciones comunitarias y de promoción para adolescentes, jóvenes y referentes adultos**. Estas acciones tienen como fin visibilizar y colocar en la agenda local la temática, promover escenarios de bienestar psicosocial, brindar herramientas, fortalecer factores protectores e identificar riesgos o necesidades de atención, y contribuir al abordaje de la salud mental desde un punto de vista comunitario e intergeneracional.

El TDR menciona entre los actores claves para articular estas intervenciones los centros juveniles, las instituciones educativas, las plazas de deporte, la SND, polideportivos, Intendencias, centros de salud, referentes de jóvenes o comunitarios, colectivos, grupalidades juveniles, entre otros.

La **prevención** a través de talleres psicosociales que abordan temáticas específicas para adolescentes y jóvenes, y talleres de sensibilización para referentes adultos y comunitarios.

Los **talleres psicosociales para adolescentes y jóvenes** tienen un enfoque psicosocial, abordando aspectos psicológicos o sociales que impactan en el bienestar y la salud mental de adolescentes y jóvenes.

Cada taller tiene objetivos específicos y una duración acotada.

Se pretende que su formato sea atractivo y flexible para la población objetivo que integren teoría y práctica, fomentando la participación, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de conocimientos. Utilizando metodologías y herramientas específicas de diverso tipo (aprendizaje basado en problemas, role-playing, cine foro, debates, mediadores audiovisuales y artísticos, entre otros).

Cada equipo del centro presentará una planificación trimestral a la Coordinación de los centros y la Coordinación General del programa (un insumo para esto es el plan de inducción y formación, que se brinda a todos los equipos desde el programa). Las temáticas se relacionan con problemáticas de juventud, salud mental y bienestar psicosocial como por ejemplo “primeros auxilios psicológicos”, educación emocional, incluyendo el manejo de la ansiedad, angustias, preocupaciones, sexualidad, construcción de género y masculinidades, violencias, uso terapéutico del arte y la música, autoestima y cuidado, proyecto de vida, entre otras (UNICEF, 2024).

Los **talleres de sensibilización para referentes adultos y comunitarios** brindan herramientas y conocimientos sobre temáticas vinculadas al bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes, así como a temáticas vinculadas a diferentes aspectos de la adolescencia y juventud.

Tienen un formato participativo y flexible, ya que los mismos pueden llevarse adelante en los Centros NSNT o en otras instituciones/ organizaciones.

Está prevista la realización de “al menos un taller grupal mensual para referentes familiares” (UNICEF, 2024).



La **atención terapéutica** a través de servicios individuales o grupales. A estos servicios se les asigna una carga horaria elevada, y que pretende permitir un acceso rápido; la misma debe tener el consentimiento del joven.

Previo a la atención se desarrolla una valoración integral (de aspectos bio-psico-sociales y el análisis de riesgos y vulnerabilidades), la elaboración de un Plan de Atención Individual (PAI) y la asignación de un referente que dará seguimiento al mismo, y efectuará “re-encuadres” si es necesario (MIDES, 2024).

De las 90 horas semanales del centro destinadas a atención terapéutica, 60 son para **atención terapéutica individual** (MIDES, 2024). Es una intervención psicológica “de corta duración”, a cargo de un psicólogo de referencia (aunque se permitirá el cambio de psicólogo/a a solicitud de el/la adolescente o joven o sugerencia del profesional, siempre que sea posible, garantizando así su comodidad y adecuación del proceso terapéutico -INJU, MIDES, MSP, UNICEF, 2024), para abordar malestares y problemas emocionales o psicológicos específicos de los adolescentes y jóvenes. Su objetivo es “potenciar los recursos internos y fortalecer las habilidades de resiliencia en las/los adolescentes y jóvenes para que puedan gestionar de manera más efectiva los momentos de crisis y puedan recuperarse más rápidamente (UNICEF, 2024).

Se caracterizan por “una escucha propia del abordaje de una clínica psicológica especializada en adolescentes y jóvenes” (UNICEF, 2024).

El espacio ofrece escucha, orientación y acompañamiento personalizado, con el fin de promover y trabajar en su bienestar psicoemocional y salud mental. También podrán en casos específicos realizar psicodiagnósticos a cargo de referentes técnicos (UNICEF, 2024).

Se configura como un ambiente protector, de características no moralizantes, y estrictamente confidencial, salvo en las excepciones que impliquen un riesgo para sí mismo o un tercero.

Los encuentros, presenciales o virtuales (UNICEF, 2024), son de 45 minutos en una periodicidad (según acuerdo entre el joven y el psicólogo) que puede ser semanal, quincenal o mensual.

El plazo de la atención varía entre 1 y 6 meses, pudiendo prorrogarse hasta llegar a 9 meses.

La inclusión de familiares y/o referentes adultos en el proceso individual será valorada siempre que exista un consenso con el/la adolescente o joven y que su participación aporte de manera positiva. Cuando la situación lo requiera, se promoverá y facilitará el acceso a servicios especializados (INJU, MIDES, MSP, UNICEF, 2024).

De las 90 horas semanales del centro destinadas a atención terapéutica, 30 se destinan a **atención terapéutica grupal** o coordinaciones (MIDES, 2024). Según se mencionó por las contrapartes de las 30 horas, 2 de ellas se destinan a reuniones de equipo semanales. Siempre son conducidas por un psicólogo el cual puede trabajar en dupla con otros técnicos del Centro.



Esta atención está al servicio del bienestar psicoemocional de los adolescentes y jóvenes con fines terapéuticos (UNICEF, 2024). Entre los principales objetivos, se encuentra fomentar la interacción entre los/las participantes desde una perspectiva de horizontalidad, desarrollando habilidades de comunicación, empatía y cooperación, reduciendo la sensación de aislamiento y aumentando el sentido de pertenencia, y contribuyendo a reducir el estigma asociado a la salud mental. También permite a los y las adolescentes y jóvenes aprender nuevas estrategias de afrontamiento al escuchar cómo otros manejan situaciones similares (INJU, MIDES, MSP, UNICEF, 2024)

Se busca que la composición del grupo sea diversa y heterogénea. Se realizará un acuerdo de confidencialidad, creando un espacio seguro para compartir.

Los grupos pueden tener entre 6 y 15 participantes y el enfoque se adapta a las necesidades del grupo.

Cada sesión tiene una duración prevista de una hora y media (INJU, MIDES, MSP, UNICEF, 2024).

La frecuencia de las reuniones puede ser semanal, quincenal o mensual, según la temática y necesidades del grupo.

El plazo de atención en este espacio puede variar entre 1 y 12 meses, prorrogables hasta llegar a 15 meses.

En cualquier etapa de la intervención se puede recomendar al participante acceder a otros servicios de NSNT o efectuar articulaciones puntuales con instituciones especializadas.

Finalmente, la **articulación interinstitucional** se desarrolla mediante la **promoción y/o fortalecimiento de espacios territoriales**, coordinados con la articulación central del Programa (en especial cuando hay asuntos que no se pueden resolver en ese nivel); y de **acuerdos de articulación, coordinación y derivación con el sistema sanitario y otros servicios especializados**. Si bien comprende dos servicios, en el documento de diseño los mismos se describen en conjunto.

Estos servicios son de carácter intermedio y similares entre sí, tendientes a la mejora de articulaciones y protocolos entre organismos. Se prevé que el equipo de los centros elabore un mapeo de actores institucionales y organizaciones que trabajan con adolescencias y juventudes en el territorio.

Se articulará para generar acuerdos que permitan atender y articular situaciones.

Se apuesta a instalar o sostener una Mesa de trabajo con referentes territoriales de instituciones que integran la mesa nacional: MSP, INAU, ANEP y ASSE, o participar en instancias territoriales que ya estén en funcionamiento.

En el marco de la evaluación con los referentes de la intervención se avanzó en sustituir esta definición por dos servicios alternativos. El primero de carácter intermedio que sintetiza los dos



existentes en “Articulación interinstitucional a nivel territorial para lograr acuerdos de trabajo o protocolos, y facilitar el acceso a los servicios.”. El segundo de carácter final consistente en “Acompañar a los beneficiarios para facilitar el acceso a servicios, sobre todo ante situaciones de urgencia.”. Este segundo servicio visibiliza una función para todo el programa que se encontraba parcialmente explicitada en el componente de atención, aunque no se mencionaba entre sus servicios.

En relación con este aspecto el TDR menciona que “En lo individual se realizarán las articulaciones y coordinaciones necesarias, considerando las especificidades de cada situación, como ser red de atención en salud, instituciones educativas, entre otras” (UNICEF, 2024).

Se menciona a su vez que “Se espera que las articulaciones desplegadas se realicen bajo una lógica de prácticas colaborativas y en el marco de un enfoque de circulación social de los adolescentes y jóvenes, evitando la lógica de derivación que muchas veces los deja sin respuestas.” (UNICEF, 2024).

Evaluación

En términos generales los servicios han sido claramente formulados y contribuyen a la solución del problema que da origen a la intervención y sus causas.

Sin embargo, no parecen ser suficientes. Headspace, intervención de referencia para NSNT, aborda el problema en forma más integral, incluyendo algunos servicios que NSNT no desarrolla: atención médica, atención al uso problemático de drogas, apoyo educativo y a la participación laboral, y acompañamiento de los jóvenes para su vinculación con servicios necesarios que exceden las competencias de los Centros (esto si bien ha sido mencionado por las contrapartes no está suficientemente explicitado en los documentos).

La intervención de NSNT es más acotada¹ y subsana en parte la menor integralidad a través de acuerdos con sectoriales que permitan al joven transitar por los servicios necesarios que los Centros no proveen directamente. En función de esta orientación se echa en falta un servicio más claramente definido de acompañamiento ante situaciones emergentes que pudieran ser detectadas, y que podrían ameritar un seguimiento intensivo para asegurar la derivación responsable a un servicio especializado.

¹ Por ejemplo NSNT, en caso de trastornos que requieran un abordaje a través de medicamentos, Usuarios Problemáticos de Drogas (UPD) o trastornos de salud mental específicos se los acompaña desde el Centro pero sin realizarles el tratamiento el cual se debe realizar en un lugar especializado. Si no comienza tratamiento se suspende su atención en NSNT hasta que lo comience.



2.2.3 Criterios de calidad en relación con los servicios

Descripción

El programa no tiene un documento único en el que se definan sus estándares de calidad, pero en distintas fuentes se definen criterios en relación a: a) la infraestructura, b) los recursos humanos, c) formas en que se deben prestar los servicios, y d) la satisfacción de los beneficiarios.

En relación con la infraestructura, referentes del programa mencionan que está prevista la realización de un informe técnico sobre la calidad de la infraestructura a cargo de un arquitecto contratado por el Programa.

Respecto a los recursos humanos se especifican en el TDR los perfiles técnicos y horas requeridas.

En relación a la forma en que se presta el servicio se menciona en los TDR (UNICEF, 2024) algunos criterios en relación a los tiempos de respuesta:

- El 100% de los adolescentes y jóvenes que se contactaron por las diversas vías, recibieron una respuesta antes de las 48 horas hábiles.
- Al menos el 90% de los adolescentes y jóvenes que participan del centro tuvieron una instancia individual con el equipo técnico en la primera semana.

También se establece en los TDR (UNICEF, 2024) un mínimo de actividades a desarrollar por los centros. Por ejemplo:

- Al menos un espacio al mes para los adultos referentes de los adolescentes y jóvenes vinculados al centro.
- Abordaje de al menos tres de los ejes temáticos definidos para los centros en las actividades grupales en el trimestre.
- Despliegue de al menos tres actividades de participación comunitaria en la localidad del centro en el semestre.
- Despliegue de al menos dos actividades de formación a referentes locales institucionales y/o comunitarios en la localidad del centro en el semestre.

Por último, se han definido en los TDR (UNICEF, 2024) algunas metas en relación con la satisfacción de los beneficiarios:

- Más del 80% quieren seguir vinculados a las actividades del centro.
- Más del 80% recomendarían a otros adolescentes y jóvenes la propuesta.



- Más del 80% sienten que su bienestar psicoemocional se benefició a partir de su participación en el centro.
- Más del 80% valoran positivamente las instancias de encuentro e intercambio entre pares en el centro.

Las metas señaladas si bien forman parte del diseño 2024 y de los convenios firmados con las OSC que gestionarán los centros, están en revisión para el año 2025, se ajustarán con la Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos (DINTAD) en función de jerarquizar las más importantes y la factibilidad de poder medirlas. A su vez, el equipo de gestión INJU/UNICEF transmitió que se elaborará un informe de tipo cualitativo sobre los aspectos señalados en las metas 2024.

Evaluación

La intervención cuenta con criterios de calidad en relación con la infraestructura, satisfacción de beneficiarios, así como especificaciones en relación con la cantidad mínima de actividades. Las metas en relación con las mismas se encuentran en revisión. No se identifican referencias externas en relación a los criterios de calidad o sus metas (como por ejemplo hace Headspace al considerar como referencia WHO, 2012).

2.3 Estrategia del Programa

Descripción

Se describe la estrategia general del Programa NSNT para luego abordar el componente en el cual hace foco la presente evaluación: Centros de promoción, prevención y atención del bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes (Centros NSNT).

“La estrategia de NSNT se estructura en cinco componentes: 1) Movilización social y promoción del bienestar de adolescentes y jóvenes; 2) Formación de adultos referentes; 3) Centros de promoción, prevención y atención del bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes; 4) Producción de conocimiento; 5) Articulación interinstitucional.” (MIDES, 2024).

El componente movilización social y promoción del bienestar de adolescentes y jóvenes “tiene como objetivo colocar en la agenda pública nacional y territorial la temática de salud mental en adolescentes y jóvenes y promover acciones de sensibilización social y promoción del bienestar, con la participación protagónica de estos.” (UNICEF, 2024).

El componente de formación de adultos referentes tiene como objetivo “sensibilizar y capacitar a adultos referentes, para aportar herramientas para el trabajo con adolescentes y jóvenes en



bienestar psicoemocional. Incluye la producción y difusión de materiales y herramientas de sensibilización en la temática y la formación a personal de la educación formal y no formal y otros adultos referentes.” (UNICEF, 2024).

El componente producción de conocimiento busca “producir conocimiento en materia de salud mental adolescente y juvenil, a partir de diversas fuentes y en diálogo con los organismos competentes, incluyendo Estado y academia, para generar políticas públicas basadas en evidencia y monitorear la situación de la salud mental adolescente y los resultados del Programa.” (UNICEF, 2024).

El componente de articulación interinstitucional tiene como objetivo “conducir, promover y sostener la articulación interinstitucional del Programa, a los efectos de asegurar la oportunidad y complementariedad de las acciones en los distintos niveles de intervención” (UNICEF, 2024).

Finalmente, el componente Centros de promoción, prevención y atención del bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes refiere a la intervención que es objeto de la presente evaluación. “Estos centros apuestan a generar una respuesta territorial anclada en la intersección de los enfoques de la salud, la educación y lo social. Se busca que los centros sean un espacio amigable y atractivo donde adolescentes y jóvenes encuentren el apoyo y la contención que requieren; al tiempo que favorezca su circulación social, ya que se estará en interacción permanente con otros espacios, organizaciones e instituciones por donde circulan las/los adolescentes y jóvenes.

La propuesta de los centros tiene previsto el trabajo en cuatro líneas de intervención: 1) prevención, mediante talleres psico-sociales y talleres en temáticas específicas relacionados a la juventud y bienestar psicosocial; 2) promoción, a través de actividades comunitarias en el territorio; 3) atención, a través de una modalidad de abordaje terapéutico individual y otra grupal; y 4) articulación interinstitucional territorial.

Cada Centro cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por un coordinador/a, tres psicólogos/as, un trabajador/a social, tres educadores/as sociales/profesores/as o maestros/as y talleristas. La contratación de equipos técnicos de los centros NSNT se realiza a través de llamados a organizaciones de la sociedad civil en función de estándares acordados.

Los centros tendrán doce horas de funcionamiento diario, para que adolescentes y jóvenes puedan participar sin interferir con sus compromisos de estudio o trabajo; ofreciendo propuestas matutinas y vespertinas, contemplando también los horarios de los traslados desde y hacia el centro para evitar obstáculos en el acceso” (MIDES, 2024).

En el marco de la evaluación se identificó la teoría del cambio del programa, incluyendo: i) problema; ii) servicios; iii) resultados de corto, mediano y largo plazo. La misma se presenta en la tabla 3. Los resultados de corto plazo identifican los efectos más inmediatos en los beneficiarios por el hecho de haber recibido los servicios del programa. Finalmente, los



resultados de mediano y largo plazo identifican efectos de mayor plazo a los que el programa contribuye, pero que dependen también de otros factores externos.

Para los Centros participa solo el equipo del Programa NSNT. Pero hay otros componentes que se manejan transversalmente con los recursos existentes en INJU o en otras dependencias del MIDES. INJU tiene un área de Comunicación subordinada a las reglas de Comunicación de MIDES. Producción y conocimiento se asocia al Departamento de Diseño de Políticas; y el sistema de información, seguimiento y evaluación se articula con la DINTAD. La parte de articulación con otros organismos recae en Diseño de Políticas de INJU. A su vez se coordina al interior de INJU en relación con la Participación, Descentralización y Administración.

En cuanto a la ejecución del Programa NSNT se prevé en el futuro que el INJU irá absorbiendo las funciones que UNICEF está cumpliendo.



Tabla 3. Teoría del Cambio de los Centros NSNT identificada en el marco de la evaluación.

Problema	Servicios	Resultados de Corto Plazo	Resultados de Mediano y Largo Plazo
Alta incidencia y prevalencia de malestar emocional entre adolescentes y jóvenes sin una oferta pública que brinde prevención, promoción y atención de su salud mental con perspectiva juvenil.	1. Acciones comunitarias y de promoción para adolescentes, jóvenes y referentes adultos.	1. Entorno familiar y la comunidad adquiere mayor conciencia y sensibilidad en relación a la SM de los adolescentes y jóvenes disminuyendo estigmatización.	1. Los beneficiarios acceden a servicios e iniciativas que contribuyen a realizar sus intereses y proyectos de vida.
	2. Talleres de sensibilización para referentes adultos y comunitarios.		
	3. Talleres psicosociales que aborden temáticas específicas para adolescentes y jóvenes.	2. Los beneficiarios se sensibilizan en temáticas específicas de su interés que impactan positivamente en su salud mental.	
	4. Atención terapéutica grupal para adolescentes y jóvenes	3. Los beneficiarios desarrollan su capacidad de manejar y expresar sus emociones en espacios grupales.	2. Los beneficiarios del Programa mejoran su bienestar psicoemocional.
	5. Atención terapéutica individual para adolescentes y jóvenes	4. Los beneficiarios del programa en situación de riesgo reciben atención adecuada en forma temprana en los Centros NSNT o en otros dispositivos que atienden en forma específica a su problemática (abuso, maltrato, etc.).	3. Disminuye la probabilidad de intentos de autoeliminación y suicidio entre los beneficiarios.
	6. Acompañar a los beneficiarios para facilitar el acceso a servicios, sobre todo ante urgencias.		
	7. Articulación interinstitucional a nivel territorial para lograr acuerdos de trabajo o protocolos, facilitar el acceso a servicios.		
	4. Beneficiarios mejoran su desempeño educativo o laboral.		

Fuente: elaboración propia a partir de talleres realizados en el marco de la evaluación con contrapartes.



Evaluación

La estrategia de los Centros se plasma adecuadamente en su teoría del cambio, la cual presenta un vínculo lógico entre los problemas que busca abordar, los servicios ofrecidos y los resultados que pretende alcanzar.

Ampliando lo ya analizado en la evaluación de los servicios, se identifican algunos problemas que no son suficientemente abordados por la intervención, que serían necesarios para el logro de los resultados propuestos.

En este sentido las causas que tienen que ver con entornos familiares de desprotección, discriminación y violencia son abordadas desde la estrategia comunitaria, sin embargo, la intervención no hace un trabajo sobre el entorno familiar del beneficiario, ni se menciona la intervención dentro del hogar y las dinámicas familiares.

Si bien está previsto el trabajo con los referentes adultos ante emergentes que lo ameriten, previa consulta con los adolescentes y jóvenes, y existe personal como los trabajadores sociales que tienen entre sus funciones apoyar estas tareas, no es explícita la definición de que los equipos deban intervenir con acciones en el hogar de los beneficiarios. Por lo tanto, el atender las problemáticas del entorno familiar podría verse limitado en su accionar.

Los Centros plantean como estrategia ante algunos emergentes y causas del problema que pretenden resolver vincular a los jóvenes con otros servicios de agencias estatales con cometidos específicos vinculados a los mismos, no obstante, no se aclara suficientemente la forma en que se acompañará a los jóvenes para lograr conectarse a esos servicios y eventualmente mantener su participación en ellos.

Tampoco se menciona cómo se respondería ante la ausencia de respuesta por parte de los servicios públicos (ya sea por falta de cupos, de despliegue en el territorio o ante la inexistencia de un servicio pertinente). Esto es particularmente relevante en relación a la atención de algunas causas del problema a las que los Centros contribuyen pero que no está en sus manos la solución de los mismos por su sola intervención (por ejemplo, vulnerabilidad económica de los adolescentes y jóvenes).

Se plantea en la identificación del problema que algunos grupos sufren especialmente la problemática, sin embargo, no hay una estrategia explícita para su captación, ni tampoco una estrategia diferencial de atención ante los problemas específicos de cada uno de estos grupos (por ejemplo, quienes tienen mayor vulnerabilidad socioeconómica, o según género).



2.4 Modelos de referencia a nivel internacional

Descripción

En función de aportar a las referencias internacionales se revisaron las experiencias Headspace (Australia) y el programa Hablemos de Todo (Chile).

El programa Headspace fue mencionado como modelo de referencia relevante por las contrapartes de NSNT, sin embargo, no se buscó replicar el mismo en la experiencia de NSNT.

Headspace busca proporcionar acceso, a jóvenes de 12 a 25 años, servicios de salud mental, salud física y sexual, apoyo laboral y educativo, y servicios de información y concientización sobre el uso de alcohol y otras drogas. El objetivo es prevenir, tratar y reducir los problemas de la salud mental y los factores de riesgo asociados en esta población, mejorando su bienestar biopsicosocial y calidad de vida. También se enfoca en promover la alfabetización en salud mental, el acceso temprano a ayuda y la integración de servicios para asegurar un sistema de atención accesible y coordinado.

La población objetivo son jóvenes de 12 a 25 años con condiciones de salud mental de leve a moderada severidad o que enfrentan necesidades situacionales. También incluye a grupos específicos como jóvenes indígenas, LGBTQIA+, de diversas culturas y con discapacidades.

Entre 2015 y 2020, se realizaron aproximadamente 401.325 consultas por año (no hay cifras sobre beneficiarios). Esta cifra incluye servicios ofrecidos de forma presencial y virtual para alcanzar a jóvenes en áreas regionales y remota.

El programa es coordinado por la Fundación Nacional de Salud Mental Juvenil de Australia (National Youth Mental Health Foundation). Su implementación ocurre a través de una red de centros comunitarios distribuidos por todo el país, gestionados localmente con el apoyo de las Primary Health Networks (PHNs). Este modelo permite adaptar los servicios a las necesidades específicas de cada región, maximizando su efectividad y alcance en áreas urbanas, regionales y remotas.

El componente de los Centros de Headspace brinda cuatro tipos de servicios que se desagregan en 8 subtipos de servicios. Los mismos se describen a continuación.



Tabla 4. Servicios y subtipos de servicios provistos en los centros de Headspace

Tipos de servicios	Subtipos de servicios	Ejemplos de servicios
Salud mental	Ingreso y evaluación	Evaluación en 10 dimensiones como por ejemplo: vivienda, educación, empleo, actividades, drogas, sexualidad, conducta, ansiedad, depresión y suicidio, alimentación, psicosis y manía.
	Intervención médica de salud mental	A cargo de psiquiatras, médicos y enfermeras. Incluye plan de atención, medicación, monitoreo.
	Intervención psicológica de salud mental	Terapias cognitivo conductuales, interpersonales, estilos de vida, desarrollo de competencias (manejo de la ira, comunicacionales), intervenciones comportamentales (consejería general, intervención en crisis, etc.).
Salud física y sexual	Salud física	Médicos y enfermeras desarrollan servicios de vacunación, tratamiento de heridas, enfermedades crónicas o agudas.
	Salud sexual	Médicos y enfermeras desarrollan servicios de tests, anticoncepción, consejería, manejo del embarazo, síntomas ginecológicos, Papanicolaou, etc.
Alcohol y drogas		Entrevista motivacional, psicoeducación (reducción de daños), terapia conductual.
Apoyo educativo y vocacional		Asistencia con estudios o el trabajo.
Asistencia general		Apoyo global al joven que lo ayuda a navegar por los servicios de la intervención y otros servicios externos, incluyendo el apoyo para su coordinación.

Fuente: elaboración propia a partir de KPMG, 2022: 47 - 48.

El programa Hablemos de Todo, implementado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) de Chile, tiene como objetivo principal fomentar las potencialidades de los jóvenes como ciudadanos activos y responsables. Esto se busca lograr mediante el aumento de los niveles de acceso a información y orientación oportuna y confiable sobre factores de riesgo en la salud, promoviendo así el bienestar biopsicosocial de jóvenes.

La población objetivo del programa está compuesta por jóvenes de entre 15 y 29 años, quienes representan un grupo particularmente expuesto a factores de riesgo como conductas sexuales no seguras, consumo de sustancias, violencia y falta de redes de apoyo social. La población objetivo incluyó aquellos interesados en obtener información oportuna y confiable respecto a su bienestar físico y mental, con prioridad para quienes se encuentran en mayor vulnerabilidad social.

Entre los servicios brindados, el programa se estructura en tres componentes principales:



- Información sobre Factores de Riesgo y Estrategias Preventivas en Salud: Este componente utiliza una plataforma web para sensibilizar a los jóvenes sobre los efectos negativos de los factores de riesgo y proporcionarles herramientas de prevención.
- Asistencia Psicosocial por Chat: Ofrece atención directa y personalizada a través de un chat en línea, operado por psicólogos, para brindar contención, información y derivación en temas de salud mental y otros factores de riesgo.
- Activaciones Regionales: Incluyen talleres y encuentros formativos orientados a la prevención en salud y al fortalecimiento de factores protectores, adaptados a las necesidades locales de cada región

En cuanto a su ubicación institucional, el programa está bajo la responsabilidad del Departamento de Coordinación Programática del INJUV. Este departamento trabaja en colaboración con organismos públicos y privados, como la Fundación Para la Confianza y la Fundación Todo Mejora, para ejecutar los diferentes componentes del programa. Además, el programa se articula con instituciones como el Ministerio de Salud y SENDA, para garantizar el desarrollo técnico de los contenidos y la adecuada derivación de los usuarios a servicios especializados cuando sea necesario (Dirección de Presupuestos [Chile] -DIPRES-, 2023).

Evaluación

El programa incorpora buenas prácticas aprendidas de experiencias internacionales como los Centros Headspace en Australia. Adaptando su enfoque de prevención y atención temprana de salud mental para jóvenes, promoviendo la articulación interinstitucional con centros educativos, servicios de salud y organizaciones comunitarias en el territorio. También fomenta la participación de los jóvenes en la propuesta de temáticas para los talleres psicosociales.

Por otro lado, también comparten líneas temáticas como lo son la diversidad sexual y violencia en los centros educativos.

Además de las diferencias en el alcance de los servicios provistos, Headspace es financiado desde el gobierno fundamentalmente por el sector salud, en particular el Australian Government Department of Health and Aged Care.

En el caso de Hablemos de todo, el mismo se inserta en el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) de Chile, con participación en la revisión de contenidos por parte del Ministerio de Salud y del Colegio Médico entre otros.



3. Política global en que se enmarca el programa

3.1 Políticas y planes sectoriales a los que contribuye

Descripción

En esta sección se describen los antecedentes de políticas y planes, y luego se desarrollan los vigentes.

Un primer antecedente relevante es en 1986, el Plan Nacional de Salud Mental que representó un cambio significativo hacia un modelo centrado en la comunidad. Este plan, propuso la creación de Centros de Salud Mental regionalizados, la integración intersectorial, y programas de rehabilitación. Además, buscó superar la fragmentación del sistema y fortalecer la atención primaria, integrándose con estrategias de prevención y promoción de la salud.

La política global tuvo un nuevo impulso en la prevención del suicidio y promoción del bienestar psicosocial con la implementación del **Primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015)**. Este plan estableció las bases para una estrategia intersectorial, priorizando la mejora en la atención integral en salud mental y la capacitación del personal de salud.

Posteriormente, la **Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio (2016-2020)** amplió estos esfuerzos, promoviendo la integración de servicios de salud mental en la atención primaria.

Durante este período, el INJU comenzó a incorporar temas de salud mental. En el informe **"Punto y Seguido: Balance del Plan de Acción 2019"**, se abordaron objetivos relacionados con el bienestar psicosocial de los jóvenes, pero sin un énfasis específico en el suicidio.

En relación a las políticas y planes vigentes, el marco actual se organiza en torno a una serie de planes estratégicos que destacan la importancia de la promoción del bienestar psicosocial, particularmente en adolescentes y jóvenes. Como los son la **Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio (2021-2025)** donde se establece objetivos amplios para prevenir el suicidio, aunque la vinculación explícita del programa NSNT es limitada. No obstante, esta estrategia dio origen al **Plan Intersectorial de Prevención del Suicidio en Adolescentes y Jóvenes (2021-2022)**, donde la campaña de sensibilización de NSNT se presenta como una acción destacada.

El Plan Intersectorial contaba con un enfoque en la atención integral de la salud mental y la promoción del bienestar psicosocial, priorizando la participación de adolescentes y comunidades locales en su implementación. En este marco, INJU refuerza su relevancia al liderar campañas y actividades educativas.

Como marcos más generales podemos encontrar los **Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2015-2020** los cuales incorporaron como meta estratégica la reducción de la incidencia de suicidios, priorizando la adolescencia como población clave. Estas directrices han influido en la orientación de políticas públicas, incluyendo las implementadas por INJU.



El suicidio es abordado por NSNT fundamentalmente mediante campañas que buscan visibilizarlo, a partir de actividades comunitarias y materiales educativos. Pero los documentos de diseño no mencionan su abordaje a nivel de los Centros (MIDES, 2024)

Por otro lado, en el año 2020 se renovó la perspectiva de la atención en salud mental con la publicación del **Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027**, se menciona la participación del INJU, ofreciendo un marco estratégico para articular esfuerzos en salud mental. Sus objetivos, como la ampliación del acceso y la mejora en la calidad de los servicios, son congruentes con las actividades lideradas por NSNT. Las acciones previstas para INJU en el Plan son las siguientes:

- Fortalecer programas de convivencia y prevención del hostigamiento en centros educativos.
- Desplegar campañas de sensibilización para educar a la población acerca de las necesidades psicosociales de los NNA con problemas de salud mental y sus familias y/o referentes socioeducativos.
- Favorecer la organización de grupos de jóvenes, educadores y la comunidad para que se conviertan en agentes activos de sensibilización y apoyo a NNA y sus familias y/o RSA.
- Capacitar educadores, agentes comunitarios y jóvenes promotores que trabajan con esta población
- Desarrollar espacios de acompañamiento de los procesos de elección vocacional en los momentos de cambio de ciclo educativo.
- Integrar a la interinstitucionalidad en las acciones que eviten el abandono en el ámbito educativo.

Durante 2023, la Presidencia de la República elaboró el Plan Nacional para el abordaje de la salud mental y adicciones, que previó profundizar el Programa Ni Silencio Ni Tabú, creando 7 Centros de Inclusión y Promoción Social para atención de jóvenes y adolescentes entre 14 y 24 años, con el objetivo de la atención en salud mental oportuna y derivación al sistema sanitario.

Por último, el acuerdo entre MIDES y UNICEF (2024), genera un refuerzo al compromiso de garantizar que el programa NSNT sea institucionalizado y plenamente integrado como parte de las políticas intersectoriales de salud mental del país.

Evaluación

El Programa NSNT está alineado y es consistente en términos generales con las prioridades gubernamentales que se han ido generando en el transcurso del tiempo alrededor de la temática salud mental. En este caso más enfocado en la promoción del bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes, principalmente en las líneas de sensibilización y participación comunitaria, como herramientas clave para la prevención.

Respecto al Plan de Salud Mental 2020 - 2027, el Programa NSNT está alineado con varias acciones previstas para el INJU (por ejemplo, promoción, prevención, capacitación de



referentes, campañas), sin embargo, no se prevé en el mismo el desarrollo de servicios terapéuticos por parte de esta institución, los cuales sí están previstos en el Plan de Salud Mental y Adicciones publicado por la Presidencia de la República en 2023.

3.2 Área Programática, Programa Presupuestal y Proyecto Presupuestal dentro del esquema de planificación del Estado

Descripción

En esta sección se ubica a NSNT en el esquema de planificación del gobierno.

El responsable de la intervención es el inciso (15), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), dentro del cual el INJU forma parte como Unidad Ejecutora (007).

Esta unidad opera dentro del área programática Protección Social (19), correspondiente al programa presupuestal (401), denominado "Red de Asistencia e Integración Social", y al Proyecto (142), "Atención a situaciones de especial vulnerabilidad".

El inciso MIDES busca en sus objetivos "promover la inclusión social y el efectivo ejercicio de derechos de personas y colectivos en situaciones de especial vulneración de derechos y exposición a riesgos, mitigando las vulneraciones y promoviendo trayectorias de inclusión social sostenibles".

A su vez su unidad ejecutora INJU, en su rol como organismo rector, articulador y coordinador de las políticas públicas de juventud, tiene como cometidos garantizar el acceso a los derechos de las personas jóvenes en todo el país. Para cumplir con este propósito, desarrolla diversas líneas de acción que se traducen en programas, actividades y servicios específicos para jóvenes, asegurando presencia en todos los departamentos y múltiples localidades.

El área programática de Protección Social tiene como objetivos brindar servicios y transferencias monetarias dirigidas a personas, familias y colectivos en situación de vulnerabilidad. Incluye políticas de alimentación, atención a la emergencia social, promoción de la autonomía personal, y cuidados en infancia, adolescencia, discapacidad y vejez. Además, contempla la formulación y ejecución de normas relacionadas con la protección social, así como la investigación aplicada en este ámbito.

Por último, el programa presupuestal 401 tiene como objetivo desarrollar y expandir una red de asistencia social que aborde situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, actuando como un mecanismo de contención y promoción de derechos ciudadanos.



Evaluación

El Programa NSNT está alineado a los objetivos del Programa Presupuestal 401 y los objetivos estratégicos del Área Programática de Protección Social, respecto a la promoción del bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes, la contribución a mitigar vulneraciones y promover trayectorias de inclusión social sostenibles.

Asimismo, sus actividades están alineadas con el propósito de fortalecer redes de asistencia social para atender a poblaciones en situación de vulnerabilidad socioeconómica, promoviendo derechos ciudadanos.

No obstante, no se menciona en los objetivos del Área Programática, del Programa Presupuestal, o en los cometidos de MIDES a la atención de la salud mental.

3.3 Marco normativo e institucional (leyes, decretos, ordenanzas)

Descripción

Se describe el marco normativo vinculado a NSNT.

La regulación de la salud mental en Uruguay tiene sus raíces en el siglo XIX con la creación del Manicomio Nacional en 1880, hoy conocido como Hospital Vilardebó. Esta institución marcó un hito al reemplazar el Asilo de Dementes, estableciendo un enfoque inicial para el tratamiento de enfermedades mentales dentro de un marco sanitario más organizado (Casarotti, 2007, p. 154-155).

A lo largo del tiempo, diversas normativas han estructurado el marco regulatorio en materia de salud mental, incluyendo leyes, decretos y ordenanzas que buscan garantizar el acceso a la atención en distintos niveles. En 2004, se promulgó el Decreto 378/004, que creó la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (CNHPS). Esta comisión resultó clave para coordinar acciones entre el Instituto Nacional de la Juventud (INJU) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), permitiendo articulaciones intersectoriales y promoviendo iniciativas en comisiones departamentales. Este decreto sentó las bases para un enfoque más coordinado y descentralizado en la prevención del suicidio.

En 2011, el Decreto 305/011 estableció prestaciones de salud mental dentro del Programa de Asistencia Integral de la Salud (PIAS) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En el caso de niños y adolescentes, fijó un plazo de 30 días para la primera entrevista, sin un límite máximo definido para el inicio del tratamiento. Este decreto determinó que los niños y adolescentes pueden acceder a 24 sesiones anuales de atención psicoterapéutica (que pueden extender a 48 sesiones en casos de trastornos de ansiedad, y en casos de discapacidad infantil o adolescente, por ejemplo, ante el espectro autista, se incrementan a 144 sesiones anuales).

En el caso de los jóvenes de 15 a 25 años pueden recibir hasta 48 sesiones anuales mediante copago, lo que equivale aproximadamente a una frecuencia semanal.



Además, se estableció que los Comités de Recepción en los prestadores de salud debían estar integrados por un médico psiquiatra, un psicólogo y un licenciado en trabajo social, todos con formación psicoterapéutica y experiencia clínica. La atención debía ser brindada exclusivamente por médicos psiquiatras o psicólogos.

Posteriormente, en 2013, el Decreto 274/013 aprobó el marco regulatorio para establecimientos de atención y tratamiento de usuarios problemáticos de drogas (UPD).

En 2017, la Ley de Salud Mental N.º 19.529 estableció un marco conceptual para la salud mental comunitaria en Uruguay, reconociéndola como un derecho fundamental. Dentro de sus disposiciones clave, el artículo 1 reconoce la salud mental como un derecho humano, el artículo 14 define los principios rectores de la atención en salud mental, y el artículo 36 crea la Comisión Nacional de Salud Mental. Sin embargo, esta ley presenta limitaciones, ya que no incorpora una perspectiva de ciclo de vida y agrupa a adolescentes y jóvenes dentro de la categoría general de niños, niñas y adolescentes (NNA), con un enfoque centrado mayormente en patologías severas.

La Ordenanza N.º 384 del MSP (2017) implementó el Protocolo de Atención y Seguimiento de Personas con Intento de Autoeliminación (IAE) en el SNIS. Aunque no aplicado directamente al NSNT, constituye un marco de referencia clave en situaciones de emergencia, fortaleciendo la atención a jóvenes en riesgo y articulando respuestas institucionales en el ámbito de la salud mental.

En 2019, se aprobaron las Ordenanzas N.º 1046 y N.º 1488, que definieron dispositivos de atención dentro de la red de salud mental. Estas incluyen equipos especializados y centros de habilitación y rehabilitación para adolescentes con problemas emocionales y comportamentales.

En 2021, la Ley N.º 19.979 estableció la Campaña Nacional de Concientización y Prevención del Suicidio Adolescente. Aunque el programa NSNT aborda temas más amplios de salud mental, esta ley fue fundamental para posicionar la problemática del suicidio adolescente en la agenda pública y promover acciones específicas para su prevención.

En 2023, la Ley de Rendición de Cuentas N.º 20.212 asignó fondos significativos para financiar el programa NSNT, incluyendo el desarrollo de centros de promoción del bienestar psicosocial destinados a adolescentes y jóvenes. En particular, el artículo 400 destinó \$95.000.000 al programa, bajo la gestión del Instituto Nacional de la Juventud (INJU), con un enfoque en atender situaciones de especial vulnerabilidad.

Ese mismo año, atendiendo a las consecuencias que la pandemia del COVID-19 puso de relieve en relación con la salud mental y las adicciones, el gobierno formuló el Plan Nacional para la Salud Mental y el Tratamiento de las Adicciones. Este plan potenció estrategias institucionales ya existentes y creó nuevas, con financiamiento proveniente de la Ley N.º 20.212 de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal del Ejercicio 2022, que asignó 800 millones de pesos (aproximadamente 20 millones de dólares) para su realización.



Finalmente, en 2024, el Decreto N.º 114/2024 introdujo modificaciones en el PIAS, estableciendo la disminución de la tasa moderadora para personas con intentos de autoeliminación, la eliminación de tasas moderadoras para dos antidepresivos de uso común (fluoxetina y sertralina), y la fijación de un valor máximo para un tercer fármaco (escitalopram). Además, incorporó una consulta anual de control con un psicólogo para adolescentes de entre 15 y 19 años, con el objetivo de evaluar su desarrollo psicoafectivo y permitir una derivación oportuna si fuera necesario. Esta medida entrará en vigor en el segundo semestre de 2024.

Evaluación

En general, el Programa NSNT se enmarca adecuadamente en las normativas principales de la **Ley 19.979**, que establece la Campaña Nacional de Concientización y Prevención del Suicidio Adolescente; y el **Decreto 378/004**, que crea la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (CNHPS), por el cual se coordinan acciones entre el INJU y el MSP.

En este sentido, la **Ley de Rendición de Cuentas N° 20.212** asigna fondos para financiar los centros NSNT de promoción del bienestar psicosocial destinados a adolescentes y jóvenes. Sin embargo, los Centros trabajan aspectos más abarcativos de la SM que el suicidio. La **Ley de Salud Mental N° 19.529** no incorpora una perspectiva de ciclo de vida, abordando a adolescentes y jóvenes bajo la categoría general de niños, niñas y adolescentes (NNA), y centra su enfoque principalmente en patologías severas.

Los Centros no se alinean con los dispositivos previstos en la ordenanza N° 1488 y el decreto 274/013 que regulan los servicios de atención en salud mental y adicciones. Por otra parte, se observa que el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027 va en el sentido de desarrollar un modelo comunitario de atención, siendo los Centros una clara aportación en este sentido.

Los Centros del programa NSNT se enfocan en la promoción del bienestar psicosocial y la prevención en salud mental para adolescentes y jóvenes, abordando una amplia gama de temáticas más allá del tratamiento de patologías específicas. Por otro lado, las prestaciones establecidas en los Decretos 305/011 y 114/024 se centran en intervenciones psicosociales y en la atención psicoterapéutica de individuos, ofreciendo un abordaje individual o grupal.

Esto podría estar señalando un solapamiento o redundancia entre los servicios terapéuticos de los centros NSNT con las prestaciones del SNIS. No se detecta este solapamiento en relación con las actividades de promoción, prevención, y articulación interinstitucional, en particular si la misma fortaleciera su veta de acompañamiento y derivación responsable a los servicios sanitarios y sociales.



4. Población y cobertura

4.1 Población potencial de las intervenciones

Descripción

En esta sección se describe, caracteriza y estima la población potencial de los Centros.

La población potencial de los centros según el documento de diseño (MIDES, 2024) son adolescentes y jóvenes de 14 a 29 años que residan en los departamentos donde estén funcionando los centros. Las referentes aclaran que no hay excepciones en cuanto al criterio de que el joven debe residir en el departamento donde se ubica el centro.

El rango etario de la población beneficiaria varía según servicio. Es así como la población potencial de los servicios de prevención, promoción y articulaciones son los adolescentes y jóvenes de 14 a 29 años; mientras que la población potencial de los servicios terapéuticos son las personas de entre 14 a 24 años que residan en departamentos donde se ubican los Centros y hayan tomado contacto con éste.

Sin embargo, en algunos TDR previos al documento de diseño (por ejemplo, el de Las Piedras) el rango etario de la población potencial establecido en el objetivo general es de 14 a 24 años.

Los restantes grupos a los que se refieren en algunos servicios (referentes adultos socioeducativos, institucionales, familiares y comunitarios) no serían beneficiarios, sino que se busca actuar sobre ellos en forma intermedia para lograr un beneficio sobre los jóvenes.

El INJU históricamente ha desarrollado sus políticas poniendo el foco en la población de 14 a 29 años. Este aspecto tiene su justificación en que al mismo tiempo que se crea el INJU a través de un proyecto de ley de presupuesto, también se crea la Tarjeta Joven en septiembre de 1990 a través del Decreto N° 424/990. El Decreto establece que “los jóvenes que se encuentran entre 14 y 29 años podrán obtener descuentos en la infraestructura turística nacional, transporte, estadía, espectáculos culturales y deportivos” (Art.1).

La Tarjeta Joven es la primera norma que delimita la edad del público objetivo de las políticas de juventud en el país; hecho que no se reitera en la ley de creación del INJU ni en las leyes que establecieron cambios en su adscripción institucional; pero que sí se verá reflejada posteriormente en la legislación referida a la promoción del empleo juvenil. (INJU; Memoria 2021)

La franja etaria adoptada en el servicio de atención terapéutica (14 a 24 años), tiene su antecedente en los programas de empleo juvenil, específicamente en el programa de primera experiencia laboral (INJU; Memoria 2021). El corte etario se explica porque a partir de los 24 años la magnitud del desempleo juvenil disminuye en forma importante.



La cuantificación de la población potencial fue identificada por la intervención en base a la Encuesta Continua de Hogares 2023 (ECH 2023), según departamento y el rango etario (ver tabla 5) para los Departamentos donde está previsto que funcionen inicialmente los Centros NSNT a partir del financiamiento disponible.

Tabla 5. Estimación de la población potencial de los Centros NSNT según servicio

Departamento	Servicio			
	Prevención, promoción y articulaciones (14-29)		Atención terapéutica	
	Cantidad	Porcentaje de jóvenes en el departamento	Cantidad	Porcentaje de jóvenes en el departamento
MONTEVIDEO	310.704	22,40%	216.056	15,60%
CANELONES	145.566	23,30%	104.577	16,70%
CERRO LARGO	20.292	22,60%	14.825	16,50%
FLORIDA	16.146	23,30%	11.633	16,80%
RIO NEGRO	14.857	25,20%	11.448	19,50%
ROCHA	15.114	20,30%	10.503	14,10%

Fuente: información aportada por las contrapartes de INJU.

El corte de edad de NSNT es un poco diferente al de Headspace (12 a 25 años), porque está marcado por el corte de edad que el INJU trabaja.

Evaluación

La población potencial está claramente definida. Sin embargo, como figura en la descripción se presentan algunas inconsistencias entre los diferentes documentos. Los TDR que delimitan la población a atender por los centros estipula el rango 14 a 24, mientras que el diseño de la intervención es 14 a 29 para el caso del servicio de promoción, prevención y sensibilización, y 14 a 24 para el caso de la atención terapéutica.

La magnitud de la población está medida correctamente por departamento en donde se ubican los centros, y según los tramos de edad que marca la intervención



La población potencial de la atención terapéutica se define en relación con la totalidad de jóvenes del departamento de 14 a 24 años que hayan tomado contacto con el servicio. Esto no es coherente con la definición del problema que apunta a los jóvenes con malestar emocional. Si bien se considera que las actividades de prevención o promoción podrían llegar a jóvenes que no experimentan el problema, en el caso de la atención terapéutica debería estar direccionada a la población que lo experimenta.

En las condiciones de funcionamiento del Centro podría ser poco probable la participación de los jóvenes de todo el departamento, sosteniendo adecuadamente la misma, en ausencia de servicios de teleconsulta o que faciliten su traslado.

4.2 Población objetivo y mecanismos de selección/priorización de beneficiarios

Descripción

En esta sección se describen los criterios de selección y se cuantifican los cupos de los servicios que ofrecen los Centros.

En relación con los criterios de selección, los mismos son distintos según el servicio.

Para los servicios de promoción la participación es libre y no hay estipulado un cupo. En el caso del servicio de prevención los cupos son cubiertos según el orden de llegada.

En ninguno de los servicios se explicitan criterios de priorización; la visión del programa es que sea lo más universal posible dentro de la amplia delimitación poblacional que solo considera edad y departamento de residencia.

En el caso de los talleres psicosociales y la terapia individual y grupal, según lo comentado por las contrapartes, se establece que si la demanda supera los cupos se ofrecen otros espacios hasta liberar cupos. Cuando se liberan cupos se otorga por orden de llegada y según situación de malestar del joven (a criterio de los técnicos del Centro).

El programa no prevé una priorización para población con vulnerabilidad socioeconómica, sin embargo, en Montevideo, los centros están en Casavalle y Cerro donde reside población vulnerable socioeconómicamente, lo cual facilita el acceso desde estas zonas. En el interior esto puede no ocurrir.

En relación con los cupos, no hay un estimativo de cupos para los servicios de prevención, promoción y articulación. Para la atención terapéutica individual y grupal se estableció un estimativo en el marco de la evaluación.



En el caso de la terapia individual el servicio está habilitado 5 días a la semana y se estipulan 12 cupos por día; cada beneficiario puede usar de 1 a 4 cupos al mes. Según estos datos se puede calcular un máximo de 60 cupos semanales, 240 al mes aproximadamente.

Si todos los beneficiarios utilizarán el servicio una vez por semana serían 60 beneficiarios como máximo al mes utilizando el servicio, por otro lado, si los beneficiarios utilizarán una vez al mes el servicio permitiría alcanzar a 240 beneficiarios por mes. De esta forma, si el servicio funciona al máximo de su capacidad mensual puede atender de 60 a 240 personas.

Respecto a la estimación de beneficiarios anuales de la terapia individual, esto depende de la cantidad de meses de atención que brinda por beneficiario, la cual va de 1 a 6 meses. quede esta forma, considerando la máxima cantidad de sesiones mensuales (4) y la máxima extensión en meses -sin considerar prórrogas- (6) del tratamiento se llegaría a 120 beneficiarios, mientras que si se considera la mínima cantidad de sesiones mensuales (1) y la mínima extensión en meses (1) se abarcaría a 2.880 beneficiarios en el año.

Tabla 6. Estimación mínima y máxima de beneficiarios de la terapia individual según intensidad de la atención.

	Cupos diarios	Beneficiarios mensuales	Beneficiarios anuales
Máxima cantidad de sesiones por persona (4 mensuales durante 6 meses)	12	60	120
Mínima cantidad de sesiones por persona (1 mensuales durante 1 mes)		240	2.880

Fuente: elaboración propia a partir de datos de NSNT.

En el caso de la terapia grupal el servicio está abierto 4, 8 o 12 días al mes y se estipula de 6 a 15 cupos por día; cada beneficiario puede usar de 1 a 4 cupos al mes. Según estos datos se puede calcular un máximo de 180 personas atendidas en el mes, en el caso de que el servicio funcione 12 días al mes y con 15 personas distintas cada encuentro. En el caso de que el servicio funcionara en su forma menos intensiva serían 4 días al mes con 6 participantes, lo cuales repetirían su participación, por lo tanto, sería un mínimo de 6 participantes al mes. Por lo tanto, el servicio podría atender entre 6 a 180 personas. Estos beneficiarios pueden ser los mismos que asistan a terapia individual.

Respecto a la estimación de beneficiarios anuales de la terapia grupal, esto depende de la cantidad de meses de atención que brinda por beneficiario, la cual va de 1 a 12 meses.

Podemos estimar el rango de beneficiarios anuales en la atención grupal entre un mínimo de 6 y un máximo de 2160 beneficiarios.



El piso mínimo de la estimación corresponde a la situación en que el servicio está abierto solo 4 días al mes (mínimo), al cual asiste un mismo grupo de 6 personas todas las semanas durante un año (mínima cantidad de integrantes por grupo, máxima frecuencia en la asistencia –semanal-, y máximo plazo en la atención -12 meses-).

El tope máximo de la estimación corresponde a la situación en que el servicio está abierto 12 días al mes (máximo), al cual asiste 12 grupos distintos (con periodicidad mensual) de 15 personas distintas cada uno, durante un solo mes del año (lo cual permite renovar la totalidad de asistentes de cada grupo en cada uno de los 12 meses del año).

Tabla 7. Estimación mínima y máxima de beneficiarios de la terapia grupal según intensidad de la atención.

Cantidad máxima de grupos de terapia en el mes	Cantidad máxima de beneficiarios por sesión grupal	Cantidad máxima de grupos que se inician por año	Cantidad máxima de beneficiarios
A	B	C	A*B*C
12	15	12	2160
Cantidad mínima de grupos de terapia en el mes	Cantidad mínima de beneficiarios por sesión grupal	Cantidad mínima de grupos que se inician por año	Cantidad máxima de beneficiarios
A	B	C	A*B*C
1	6	1	6

Fuente: elaboración propia a partir de datos de NSNT.

Evaluación

Se considera acertado que los criterios de selección sean diferentes según servicio, y que se priorice en la atención terapéutica individual y grupal las situaciones de crisis y malestar emocional.

Si bien la identificación del problema que da origen a los Centros menciona diferentes niveles de incidencia o intensidad del malestar emocional en los adolescentes y jóvenes que se vinculan a situaciones que atraviesan (por ejemplo se encuentran más expuestos quienes provienen de entornos más vulnerables en lo socioeconómico, o que atraviesan situaciones de violencia en el entorno familiar o educativo), el Programa deja un amplio margen de acción al equipo técnico de cada Centro respecto a la forma de identificar estas situaciones, sin protocolizar en forma suficiente la forma en que se priorizará a los beneficiarios.

En el caso del servicio de atención terapéutica, el no tener un protocolo de selección explícito expone a la intervención, a divergencias en los criterios empleados entre los Centros, y a que en algunos de ellos queden sin atención situaciones de mayor gravedad o urgencia que podrían haber sido priorizadas.



Ante la ausencia de cupos en el servicio de atención terapéutica los Centros ofrecen otro de sus servicios (por ejemplo, talleres psicosociales), no mencionando en los documentos de la intervención la derivación responsable de estos casos fuera de los Centros, ni la posibilidad de liberar cupos para la atención inmediata de situaciones que lo ameritan (por ejemplo, pasando a algunos beneficiarios con situaciones menos urgentes o graves de una atención semanal a quincenal).

Respecto a los cupos de la atención terapéutica se constató que el amplio margen de variabilidad en relación a la cantidad de personas por grupo, cantidad de sesiones semanales o los meses de duración de la atención, llevan a que el número de personas atendidas anualmente por la terapia individual y grupal fluctúe entre cifras muy diferentes (120 a 2.880 en terapia individual y 6 a 2.160 en terapia grupal), generando una gran incertidumbre sobre la cantidad de personas que podrán ser efectivamente atendidas por el servicios, lo cual tiene implicancias en el impacto de la intervención y sus costos por beneficiario.

A su vez es mayor la incertidumbre sobre la población que se alcanzará en relación con los servicios de promoción, prevención y sensibilización donde se plantea que el alcance es universal, sin especificar cupos.

4.4 Cobertura

Descripción

Se cuantifica en esta sección la relación entre el número de beneficiarios que podría atender la intervención en un año en los servicios de atención terapéutica individual y grupal en relación con la población potencial.

En relación al servicio de atención terapéutica individual para el total de los departamentos donde los Centros tienen presencia la cobertura fluctuaría en el rango comprendido entre 0,23% y 5,46% de la población potencial. Con variaciones importantes según departamento. En Montevideo y Canelones la cobertura se reduce a la mitad de lo mencionado, mientras que en los restantes departamentos la misma se cuadriplica o quintuplica (ver tabla 8).

Un nivel de cobertura ligeramente menor, con igual dispersión según departamento se observa en la atención terapéutica grupal (ver tabla 9).

Si bien la intervención no establece la condición de experimentar la problemática que da origen a la intervención (malestar emocional) para acceder al servicio de atención terapéutica, el equipo evaluador consideró de utilidad calcular la cobertura de la atención de los que experimentan la problemática, tomando como estimación de la misma el porcentaje de adolescentes y jóvenes que se sentían tan tristes o desesperados durante dos semanas seguidas que dejaron de hacer sus actividades habituales (14,4% según la ENAJ de 2018).



Se estimó la incidencia de la problemática a nivel departamental a partir de los datos nacionales por no estar disponible su desagregación. Por tanto, debe interpretarse la información con cautela ya que es probable que en la práctica la incidencia de la problemática fluctúe entre departamentos (al igual que ocurre con indicadores vinculados como la tasa de suicidios).

Esta estimación de la población potencial de cada departamento realizada por el equipo evaluador tiene la limitación de que uno de sus componentes (porcentaje de incidencia del malestar emocional) se tomó como fijo por no estar disponible información desagregada a nivel departamental.

A partir de esta estimación la cobertura de la atención terapéutica se incrementa sensiblemente, alcanzando en la atención individual entre el 1,58% y el 37,94% de la población potencial con malestar emocional, y en el caso de la atención grupal entre el 0,08% y el 28,45%; cubriendo dichos rangos en algunos departamentos más del 100% de la población potencial con la problemática, no siendo NSNT el único oferente público de servicios para dicha población.

Tabla 8. Estimación de cobertura anual en el servicio de terapia individual de los Centros NSNT.

Departamento	PP (14 a 24 años)	Beneficiarios que podrían ser atendidos según cupos de terapia individual		Cobertura en relación a la PP		Cobertura en relación a PP con malestar emocional (estimada en 14,4% de la PP)	
		Mínimo	Máximo	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima
MONTEVIDEO	216.056	240	5760	0,11%	2,67%	0,77%	18,51%
CANELONES	104.577	120	2880	0,11%	2,75%	0,80%	19,12%
CERRO LARGO	14.825	120	2880	0,81%	19,43%	5,62%	134,91%
FLORIDA	11.633	120	2880	1,03%	24,76%	7,16%	171,92%
RIO NEGRO	11.448	120	2880	1,05%	25,16%	7,28%	174,70%
ROCHA	10.503	120	2880	1,14%	27,42%	7,93%	190,42%
TOTAL	369.042	840	20.160	0,23%	5,46%	1,58%	37,94%

Fuente: elaboración propia a partir de datos aportados por NSNT.



Tabla 9. Estimación de cobertura anual en el servicio de terapia grupal de los Centros NSNT.

Departamento	PP (14 a 24 años)	Beneficiarios que podrían ser atendidos según cupos de terapia grupal		Cobertura		Cobertura en relación a PP con malestar emocional (estimada en 14,4% de la PP)	
		Mínimo	Máximo	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima
MONTEVIDEO	216.056	12	4320	0,01%	2,00%	0,04%	13,89%
CANELONES	104.577	6	2160	0,01%	2,07%	0,04%	14,34%
CERRO LARGO	14.825	6	2160	0,04%	14,57%	0,28%	101,18%
FLORIDA	11.633	6	2160	0,05%	18,57%	0,36%	128,94%
RIO NEGRO	11.448	6	2160	0,05%	18,87%	0,36%	131,03%
ROCHA	10.503	6	2160	0,06%	20,57%	0,40%	142,82%
TOTAL	369.042	42	15.120	0,01%	4,10%	0,08%	28,45%

Fuente: elaboración propia a partir de datos aportados por NSNT.

Para el caso de las acciones comunitarias y los talleres psicosociales no hay cupos estipulados por lo que no se puede estimar la cobertura.

Evaluación

La intervención no cuenta con una estimación de cobertura de la atención terapéutica. El equipo evaluador intentó realizar esta estimación pero pudo llegar a una cifra relevante por dos razones: 1) la forma en que se define la cantidad de cupos para el servicio de atención terapéutica lleva a que los mismos se encuentren dentro de un rango demasiado amplio; y 2) no hay datos que permitan cuantificar adecuadamente la cantidad de jóvenes por departamento que experimentan malestar emocional.

4.5 Alcance territorial

Los centros tienen como área de referencia los departamentos donde estarán insertos.

En el 2024 se previó la apertura de seis centros: Montevideo (zona oeste), uno en Canelones (ciudad de Las Piedras), uno en Cerro Largo (ciudad de Melo), uno en Florida (ciudad de



Florida), uno en Río Negro (ciudad de Fray Bentos), uno en Rocha (ciudad de Rocha) (MIDES, 2024). Se prevé la apertura de un centro adicional en 2025 en Casavalle.

LOCALIZACIÓN

- Montevideo: Centro de políticas sociales Aparicio Saravia + Zona Oeste
- Canelones: Zona Las Piedras
- Florida: Ciudad de Florida
- Rocha: Ciudad de Rocha
- Cerro Largo: Ciudad de Melo
- Río Negro: Ciudad de Fray Bentos



Fuente: presentación de inducción al Programa NSNT.

Tabla 10. Centros NSNT según departamento, disponibilidad de convenio con el GGDD, y fecha de inauguración

CENTROS NSNT	DEPARTAMENTO	CONVENIO o ACUERDO con GGDD	INAUGURACIÓN
Centro Rocha	Rocha	Sí	31/07/2024
Centro Fray Bentos	Río Negro	Sí	22/10/2024
Centro Florida	Florida	Sí	31/10/2024
Centro Melo	Cerro Largo	Sí	22/10/2024
Centro Las Piedras	Canelones	No	19/12/2024
Centro Montevideo Oeste – Cerro Norte	Montevideo	Sí	5/12/2024
Centro Montevideo Este - Casavalle	Montevideo	No	2025 (estimada)

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por NSNT



Evaluación

La implementación inicial estipula **siete centros territoriales**, lo que sugiere un esfuerzo inicial por cubrir diversas regiones.

Las ubicaciones en la mayoría de los casos fueron acordadas con los gobiernos departamentales.

La selección de departamentos y sus ubicaciones no surgen de un análisis de la demanda en relación a cuáles son las áreas con altos índices de vulnerabilidad psicosocial o incidencia de problemas de salud mental en adolescentes y jóvenes; así como de la oferta de servicios existentes.

5. Procesos y coordinación

5.1 Proceso de atención en los centros

Descripción

Se describen a continuación los procesos que componen la atención de los centros.

La **captación** comienza con el contacto inicial de jóvenes entre 14 y 24 años con el centro, utilizando métodos como el contacto presencial, telefónico o mediante correo electrónico a la vez que también se reciben solicitudes de adultos referentes que buscan apoyo para los jóvenes. En este primer encuentro se da a conocer el espacio y se comparte información respecto al equipo técnico y las propuestas disponibles.

En la fase de **recepción**, el equipo del centro realiza un primer acercamiento en un plazo máximo de 48 horas hábiles, proponiendo agendar un encuentro inicial. Este primer paso es esencial para establecer un vínculo y comenzar a delinear el proceso de intervención. La **valoración** se lleva a cabo mediante una entrevista con el equipo de bienvenida, que consiste en una dupla interdisciplinaria. En este encuentro se realiza una evaluación integral de la situación, considerando riesgos y vulnerabilidades bio psico sociales.

Se realiza una co-construcción de la demanda y aproximación diagnóstica. Se sugieren las modalidades más adecuadas de participación en el Centro, se evalúan la necesidad de efectuar derivaciones interinstitucionales, si corresponde, a servicios especializados en salud mental, sociales, u otros. Se utiliza la planilla de registro de información del Equipo de Bienvenida (INJU, MIDES, MSP, UNICEF, 2024).

A la vez se presenta el **Acuerdo de Participación**, un documento elaborado colaborativamente entre el adolescente o joven y el equipo técnico. Este acuerdo establece las bases del compromiso mutuo, garantiza la confidencialidad de la información compartida y detalla las condiciones de participación, salvo en casos de emergencia o riesgo para

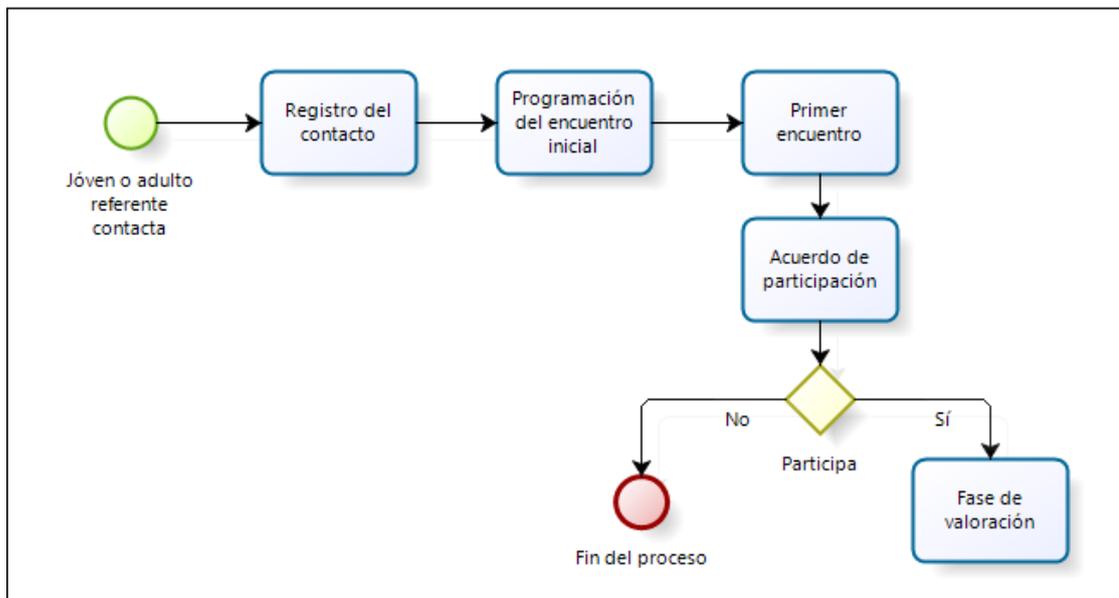


terceros. Con este paso, se formaliza la relación entre el participante y el centro, habilitando las siguientes etapas. Al firmar este documento, el/la adolescente o joven acepta estos términos y condiciones para su participación en el Centro. Una copia queda en el Centro y otra es para el/la adolescente o joven.

En la **planificación**, se elabora una estrategia personalizada diseñada para abordar las necesidades específicas del adolescente o joven basada en la evaluación inicial, y estableciendo objetivos claros y alcanzables, medibles y con un plazo definido para mejorar el bienestar y salud mental de las personas. Este plan se plasma en un plan de atención individualizada (PAI) (INJU, MIDES, MSP, UNICEF, 2024).

La **atención personalizada** ofrece un espacio individual para la escucha, orientación y acompañamiento, asignando un psicólogo de referencia. Este espacio se caracteriza por ser confidencial y no moralizante, promoviendo un ambiente de confianza para el participante. La **atención grupal** utiliza técnicas específicas en un entorno diverso y heterogéneo. Los participantes acuerdan mantener la confidencialidad, y las sesiones se diseñan con una duración y frecuencia adaptadas a las necesidades del grupo.

Finalmente, el **seguimiento** es un componente clave, que incluye el monitoreo del progreso de los participantes tanto en atención individual como grupal. Se realizan ajustes continuos en las dinámicas y los temas abordados, evaluando la efectividad de las intervenciones para garantizar que se cumplan los objetivos planteados.



Evaluación

La intervención aporta un macroproceso que detalla las etapas clave (captación, recepción, valoración, planificación, atención personalizada y seguimiento).



Sin embargo, el mismo está insuficientemente desarrollado (no se incluyen algunos de los servicios, el vínculo con sistemas de información, los actores participantes en cada proceso, los documentos que se utilizan en cada proceso, y tampoco se mencionan los procesos de apoyo).

A su vez la representación gráfica del macroproceso debería ser mejorada para comprender plenamente cómo interactúan los dispositivos del programa entre sí y con las instituciones externas, facilitando la identificación de áreas críticas, posibles cuellos de botella (sería necesario que la intervención esté en funcionamiento para captarlos) y oportunidades de mejora en la secuencia de actividades.

La secuencia de actividades en los centros NSNT es adecuada, ya que sigue un flujo lógico que comienza con la captación, establece un vínculo inicial en la recepción, y avanza hacia la valoración, planificación, intervención (individual o grupal) y seguimiento.

Respecto al tránsito de los adolescentes a otras instituciones quedan dudas sobre la efectividad de ésta, dado que aunque se menciona el concepto de **derivación responsable**, el éxito de esta etapa depende de la respuesta y capacidad de otras instituciones, como centros de salud o educativos, lo que puede generar retrasos en la atención o incluso la pérdida de seguimiento en ciertos casos.

Por último, en el marco de la evaluación no se identificaron en los documentos del Programa ni surgieron de las entrevistas protocolos de actuación ante algunos tipos de situaciones emergentes específicas, como por efecto violencia y maltrato, intentos de autoeliminación, detección de consumo problemático de drogas, entre otras. Lo cual genera incertidumbre sobre la capacidad de respuesta de los equipos ante estas situaciones.

5.2 Mecanismos de coordinación

Descripción

El programa NSNT se estructura como una iniciativa de salud psicosocial que busca articular esfuerzos entre diversos actores clave, abarcando instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil y UNICEF. Esta articulación responde a un modelo de gobernanza interinstitucional, que reconoce la complejidad de las problemáticas psicosociales y la necesidad de abordarlas desde un enfoque multisectorial.

La coordinación interinstitucional en el NSNT se enmarca en los principios de:

1. Articulación Multinivel: El programa pretende operar mediante el establecimiento de relaciones colaborativas entre distintos niveles de gobierno (nacional y departamental) y organizaciones territoriales.



2. Gestión Integrada de Servicios: el NSNT prioriza la creación de redes de apoyo locales que permitan una atención integral y accesible a los adolescentes y jóvenes.
3. Participación Comunitaria: Se busca un enfoque participativo que involucre tanto a adolescentes y jóvenes como a comunidades locales en el diseño e implementación de las actividades, garantizando su pertinencia cultural y territorial.

Algunas de las articulaciones se realizan a través de formatos más estructurados como, por ejemplo:

1. Convenios Formales: estos instrumentos son fundamentales para alinear objetivos y compromisos entre las instituciones participantes. Por ejemplo, los convenios entre MIDES-INJU, convenio INJU-UNICEF que aporta estándares internacionales de funcionamiento y los gobiernos departamentales aseguran infraestructura y soporte territorial.
2. Espacios Interinstitucionales: instancias como la CNHPS actúan como marcos organizativos que permiten una interacción sistemática entre actores gubernamentales y no gubernamentales.

Se revisan a continuación las articulaciones más relevantes para el programa (UNICEF, ASSE, ANEP, MSP, gobiernos departamentales -GG.DD., y el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente -INISA.).

El objeto de la coordinación entre INJU-MIDES y UNICEF, está dado en fijar quienes lideran la implementación de actividades y aseguran la evaluación continua del programa. La articulación con UNICEF permite integrar un enfoque técnico y financiero para diseñar estrategias basadas en evidencia y adaptadas a las necesidades locales. (INJU 2023, p. 25)

La participación de instituciones como ANEP y MIDES en la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (CNHPS) tiene como objetivo coordinar recursos y mantener informado al programa, así como a los centros de NSNT. El objetivo es construir una respuesta conjunta y efectiva a los desafíos de la salud mental adolescente (MSP et al 2021, p. 4)

Por otro lado, la presencia del MSP cumple los cometidos de la intersectorialidad al coordinar planes y programas entre el MSP, MIDES y otras instituciones. Este enfoque promueve la integración social y aunar esfuerzos para la prevención del estigma asociado a trastornos mentales. (Ley de Salud Mental, art. 11).

Adicionalmente, el programa trabaja estrechamente con los GG.DD. y sus oficinas de juventud. En función de establecer puntos de ubicación de los centros y coordinación



institucional con objetivos de mejorar los esfuerzos territoriales con la pretensión de la presencia en todo el país. (INJU-UNICEF, 2024).

La coordinación con INAU e INISA dentro del programa Ni Silencio Ni Tabú (NSNT) responde a la necesidad de incluir a adolescentes en situaciones de vulnerabilidad y de garantizar que las políticas públicas de promoción del bienestar psicoemocional sean accesibles para esta población. Tanto INAU como INISA son mencionados como instituciones que apoyan y articulan con los centros a nivel territorial (Documento Programático Centros NSNT, p. 20 ; Protocolo Centros NSNT, p. 4). La coordinación interinstitucional del NSNT requiere demostrar una implementación efectiva, el programa no solo promueve el bienestar psicosocial, sino que también establece un modelo demandante de iniciativas asociadas en el ámbito de la salud y la educación.

Por último, el programa NSNT también mantiene vínculos con ASSE, como parte de su estrategia de coordinación interinstitucional. ASSE forma parte de la mesa de coordinación y articulación interinstitucional, junto con UNICEF, ANEP, INAU, Junta Nacional de Drogas (JND), INISA, CEIBAL, MEC, Secretaría de Deportes (SENADE), Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (AGESIC) y los gobiernos departamentales. Este espacio busca validar y retroalimentar los avances del programa y habilitar acciones dentro de cada institución.

Tabla 11. Coordinaciones de los Centros NSNT

Actores institucionales	Mecanismos / marco	Frecuencia
INJU - UNICEF	Mesa de articulación con poder de decisión. Primer nivel de gobernanza. Convenio firmado hasta abril de 2026.	Reuniones semanales y a demanda
INJU - UNICEF - INAU (Programa Adolescencia y Programa de Intervenciones Especializadas) - ANEP (Dirección de Salud) - MSP (Programa de Salud de adolescencia y juventud y Programa Salud Mental) - ASSE (Servicios de Salud Mental y Primer Nivel de Atención).	Mesa "chica" de articulación con incidencia. Valida los avances del programa. Tracciona desde las institucionalidades para la implementación del programa. Segundo nivel de gobernanza. Declaratoria de ANEP. Resoluciones anuales. MSP y ASSE actor clave en la estrategia.	Reuniones sistemáticas y a demanda
INJU - UNICEF - OSC	Articulación. Convenios vinculantes. Convenio OSC - UNICEF para la implementación de los Centros NSNT.	A demanda
INJU - INSTITUCIONES EN TERRITORIO	Mesa de articulación interinstitucional en territorio	A demanda

Fuente: aportado por contrapartes de INJU.



Tabla 12. Coordinaciones a Nivel Programático

Actores institucionales	Mecanismos / marco	Frecuencia
INJU - UNICEF	Mesa de articulación con poder de decisión. Primer nivel de gobernanza Convenio firmado hasta abril 2026.	Reuniones semanales y a demanda
INJU - UNICEF - INAU - ANEP - MSP - JND - INISA - CEIBAL - ASSE - MEC - SENADE - AGESIC - GGDD	Mesa de articulación ampliada (Comisión interinstitucional) Valida y retroalimenta avances. Promueve y habilita acciones a la interna de sus instituciones. Compromisos institucionales. Acuerdos bilaterales. Declaración de ANEP. Declaración de INISA	Reuniones trimestrales y a demanda. Reuniones bilaterales.
INJU - UNICEF - INAU (Programa Adolescencia y Programa de Intervenciones Especializadas) - ANEP (Dirección de Salud) - MSP (Programa de salud de adolescencia y juventud y Programa Salud Mental) - ASSE (Coordinación operativa con Centros NSNT y Primer Nivel de Atención)	Mesa "chica" de articulación con incidencia. Valida los avances del programa. Tracciona desde las institucionalidades para la implementación del programa. Segundo nivel de gobernanza. Declaratoria de ANEP. Resoluciones anuales.	Reuniones sistemáticas y a demanda
Intra INJU - División Descentralización y Territorio - Unidad de Comunicación División de Participación (Departamentos de Acción Joven y Casa INJU) - Programa INJU Avanza - Departamento de Diseño de Política Departamento de Administración	Mesa de articulación entre las divisiones de INJU.	A demanda
Intra MIDES – Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) - Salud Mental Programa Enlace Educativo (División de Promoción Socio Cultural) - Departamento de Diversidad Sexual - Departamento Étnico Racial - Uruguay Crece Contigo.	Mesa de articulación entre áreas y programas MIDES	A demanda
Organizaciones que implementan los Centros NSNT	Articulación. Convenio OSC -UNICEF para la implementación de los Centros NSNT.	A demanda

Fuente: aportado por contrapartes de INJU.



Evaluación

Se identificaron adecuadamente los actores institucionales relevantes con los que se vincula el Programa y los Centros, incluyendo MIDES, ASSE, JND, AGESIC, SENADE, INJU, UNICEF, MSP, ANEP, INAU, INISA, gobiernos departamentales y OSCs. Estos vínculos están organizados en niveles de coordinación programática y territorial, considerando convenios formales, protocolos y compromisos específicos. El tipo de vínculo está claramente definido en la documentación

No se identifica en el diseño del programa u otros documentos alternos un mapeo formal de servicios estatales o del sector privado que permitan evaluar si las acciones del programa NSNT se superponen con otros servicios similares. Si bien ASSE ha sido incorporado dentro de la mesa ampliada de articulación interinstitucional, no se identifican los mecanismos operativos específicos para la integración de sus servicios con los Centros NSNT (lo cual requeriría protocolos de articulación, mapeo de la oferta, detección de complementariedades y riesgos de solapamiento en los servicios).

6. Gestión

6.1 Organigrama

Descripción

En esta sección se identifica la unidad responsable (UR) de la intervención, su ubicación en la unidad ejecutora (UE) e inciso correspondiente; y se mencionan otras unidades relevantes dentro de la UE que se vinculan a la UR.

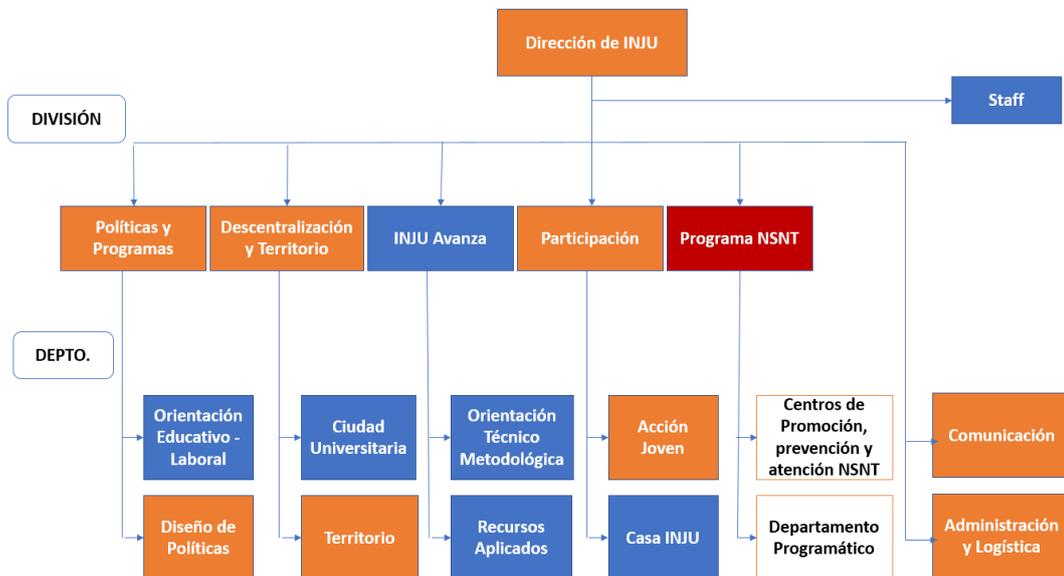
La unidad responsable de la intervención es la División Programa Ni Silencio Ni Tabú.

En el organigrama de INJU que figura en el sitio web², no figuran departamentos dependientes de la misma, pero los referentes del INJU mencionan que está previsto que de ella dependan dos Departamentos que por el momento no integran la estructura formal: Centros de promoción, prevención y atención NSNT, y Departamento Programático.

En el siguiente organigrama figuran resaltadas en color naranja las Divisiones y Departamentos del INJU que transversalmente se vinculan con NSNT.

² <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/2024-06/ORGANIGRAMA%20INJU.pdf>

Figura 1. Inserción del Programa NSNT en el organigrama del INJU



Fuente: elaboración propia a partir del organigrama publicado en el sitio web de INJU y datos aportados por las contrapartes de la intervención.

La gestión del Programa se respalda fuertemente en un acuerdo con UNICEF, quien previamente participó del diseño de este. El acuerdo firmado entre MIDES y UNICEF en mayo de 2024 estipula que el Programa “contará con la coordinación general de INJU y el apoyo técnico de UNICEF.” (MIDES-UNICEF, 2024). También establece que UNICEF gestionará los fondos que fueron aprobados por la rendición de cuentas con destino al INJU para el período 2024-2025 (MIDES, 2024).

Entre las funciones de UNICEF se encuentran las de firmar los convenios con las OSC, y contratar los recursos humanos, bienes y servicios necesarios para asegurar el cumplimiento de los objetivos definidos en los distintos componentes del Programa (MIDES - UNICEF, 2024).

Según el acuerdo MIDES-UNICEF el INJU tiene la obligación de “supervisar y orientar, en acuerdo con UNICEF” y “al equipo técnico contratado” para la ejecución de los proyectos.

Evaluación

Se valora positivamente en términos generales la identificación del Programa NSNT en la estructura del INJU, lo cual por su dimensión parece justificado. No obstante, su ubicación como División plantea inconsistencias respecto a otros Programas que figuran en el organigrama como departamentos. Puede en este caso haber razones en el corto plazo para



su ubicación a nivel de División por ser un programa nuevo de gran dimensión para el Instituto, pero su ubicación debería ser revisada en el mediano plazo.

También se valora positivamente que el Programa NSNT se apoye en otras áreas del INJU-MIDES, con las cuales articula transversalmente, y no duplique estructuras organizativas ni tareas que hacen otros departamentos. Una excepción a esto es el caso del Departamento Programático, previsto, pero por ahora no creado formalmente, que podría duplicar las funciones de la División Políticas y Programas.

Se valora positivamente la participación de UNICEF aportando al diseño de la intervención, pero su participación en la implementación podría aumentar la complejidad en la gestión, enlentecer la toma de decisiones y aumentar los costos operativos.

6.2 Personal

Descripción

Se describe en esta sección la dotación de personal de la intervención.

El programa cuenta con personal contratado por las unidades responsables del Programa en INJU y en UNICEF, así como en las OSC contratadas para la gestión de los Centros. A su vez colaboran transversalmente en la gestión, personal de otras dependencias de INJU, y del MIDES.

Los equipos de los Centros se integran con 10 técnicos/profesionales con los siguientes perfiles: coordinador/a, psicólogo/a, trabajador/a social, educador/a, administrativo/a y talleristas externos. Sus principales tareas y cargas horarias se presentan en la tabla 13.

La contratación del personal de los Centros se realiza a través de la OSC que gestiona el servicio. El contrato es realizado por UNICEF, pero en el proceso de selección, las propuestas son realizadas tanto por UNICEF como por INJU-MIDES a través de matrices de evaluación.



Tabla 13. Personal previsto para cada Centro NSNT.

Rol	N°	Horas	Valor hora	Principales tareas
Coordinador/a	1	40	A13	Cumplir objetivos y lineamientos del programa. Coordinar el equipo técnico. Generar y supervisar planificación trimestral. Articular con actores locales. Distribución diaria del equipo técnico según hoja de ruta. Mantener actualizados los sistemas de información. Participar en reuniones convocadas por coordinación central.
Psicólogo/a	3	30	A12	Llevar adelante las atenciones individuales. Planificar y desarrollar actividades grupales terapéuticas, familiares y comunitarias con educadores/as y TS. Articular con instituciones locales cuando sea necesario. Participar en las reuniones que correspondan.
Trabajador/a social	1	30	A12	Intervenir en las situaciones desde la perspectiva social. Acompañar encuentros con adolescentes y jóvenes. Coordinar y articular con instituciones a nivel territorial. Trabajar con las familias, jóvenes/adolescentes y la comunidad en coordinación con el/la Psicólogo/a y educadores/as. Participar en las reuniones que correspondan.
Educador/a	3	20	A11	Planificar e implementar talleres temáticos según planificación trimestral. Implementar el Kit Ni Silencio Ni Tabú. Desarrollar acciones educativas con individuos, grupos, familias y la comunidad. Identificar las situaciones sociales y las condiciones de vida de los jóvenes y adolescentes que concurran al centro.
Administrativo/a	1	10	B10	Centralizar y sistematizar las consultas recibidas, tanto por familias, referentes comunitarios, instituciones de la zona, como por jóvenes y adolescentes que se acerquen al centro. Gestión administrativa de los gastos del centro (traslados, seguridad, suministros, reparaciones, salarios, etc.). Tareas vinculadas a la gestión del convenio. Colaborar con la coordinación del centro en lo que se requiera para mejorar la gestión.
Talleristas externos	1	20	A11	Brindar talleres con enfoque psicoeducativo, diseñados para abordar aspectos tanto psicológicos como sociales que impacten en el bienestar y la salud mental, utilizando una modalidad atractiva y flexible. Población objetivo de los talleres: adolescentes y jóvenes, familias y referentes significativos.

Fuente: INJU, MIDES, MSP, UNICEF (2024).



El equipo de gestión del Programa NSNT está constituido por 13 personas, de las cuales 6 trabajan a tiempo completo en relación con los Centros, y los 5 restantes a tiempo parcial (ver tabla 14). En algunos casos el vínculo contractual es con UNICEF, con los fondos previamente transferidos por MIDES.

La tabla 14. Presenta el equipo de gestión de los Centros (incluye vínculos contractuales con INJU y con UNICEF)

Rol	Horas	% de horas asignado a centros	Vínculo	Escalafón MIDES
Directora Programa NSNT	40	100	UNICEF	A16
Jefa de depto. Centros	40	100	UNICEF	A14
Técnica de depto. Centros	30	100	MIDES	A12
Técnico/a de depto. Centros	40	100	A partir de marzo 2025	s/d
Jefa de depto. Programático	35	100	MIDES	A14
Técnica de depto. programático	30	80	MIDES	A13
Técnica de depto. programático	35	80	MIDES	A12
Asesoría técnica	40	80	MIDES	A13
Oficial de Protección	40	40	UNICEF	Oficial de Protección
UNV Salud Mental	40	80	UNICEF	UNV Salud Mental
Administrativo de programas	40	100	UNICEF (50% financiado por convenio)	Administrativo de programas

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por referentes del INJU y UNICEF.

A su vez, como se comentó en la sección anterior, el Programa NSNT es apoyado transversalmente por personal de INJU asignado a otras divisiones y departamentos, así como por personal en otras unidades ejecutoras del MIDES. La tabla 15 presenta el detalle de este personal. La misma no incluye la labor de personas que apoyan puntualmente el programa dentro de INJU en las Divisiones de Políticas y Programas, y la de Participación, así como en el Departamento de Comunicación.



Tabla 15. Personal de MIDES o UNICEF con carga horaria asignada a la gestión de los Centros

Rol	Horas	% de horas asignado a Centros	UE	Escalafón MIDES
Director División Políticas y Programas.	40	30	INJU	A16
Jefa de Depto. Diseño de Políticas.	40	30	INJU	A14
Asistente técnico del Depto. Diseño de Políticas.	40	80	INJU	A13
Asistente técnico del Depto. Diseño de Políticas.	40	30	INJU	A13
Asistente técnico del Depto. Diseño de Políticas.	30	20	INJU	A13
Jefa de Depto. Acción Joven	40	30	INJU	A14
Asistente técnico del Depto. Acción Joven	40	10	INJU	
Jefa del Depto. de Comunicación	30	40	INJU	A16
Técnica de referencia Depto. de Comunicación	40	100	INJU	A12
Técnica del Depto. de Comunicación	40	80	INJU	S/D
Jefa del Depto. de Administración y Logística	40	40	INJU	A14
Jefe de División Descentralización y Territorio	30	40	INJU	A16
Técnico referente de territorio Cerro Largo	40	50	INJU	S/D
Técnico referente de territorio Florida	40	40	INJU	S/D
Técnico referente de territorio Rio Negro	30	50	INJU	S/D
Técnico referente de territorio Rocha	S/D	Lugar vacante.	INJU	S/D
Directora de División	40	3	DINTAD	A16
Adjunto de Dirección	40	5	DINTAD	A 15
Jefa de Departamento	40	20	DINTAD	A 14
Asistente técnico	40	40	DINTAD	A 11

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por referentes del INJU.

Evaluación

La cantidad de personal asignado a la administración de los Centros desde INJU y UNICEF parece suficiente. A su vez el personal encargado de la implementación de los Centros en territorio parece adecuada según las funciones y tareas definidas para los mismos, con roles específicos para la coordinación, atención psicológica, trabajo social y talleres.



Los perfiles son adecuados y alineados con las estrategias del programa. La interdisciplinariedad del equipo, con psicólogos, trabajadores sociales, educadores y talleristas, está diseñada para atender las necesidades de promoción y prevención del bienestar psicoemocional.

La distribución es coherente con el diseño descentralizado del programa y la atención en los territorios.

Sin tener información acerca de la puesta en funcionamiento no es posible hacer valoraciones de suficiencia de los recursos. Tampoco se cuenta para el caso de los talleres o de las acciones comunitarias una población objetivo definida por lo que teóricamente tampoco se puede evaluar la suficiencia en esos servicios.

7. Evidencia sobre desempeño

7.1 Indicadores y su monitoreo

Descripción

Se describen los principales indicadores en relación con los objetivos y productos de los Centros.

El diseño 2024 de los centros estipula una matriz básica de monitoreo que incluye indicadores de productos según se aprecia en la tabla 16.



Tabla 16. Indicadores de los Centros NSNT.

Dimensión	Indicador	Aperturas	Fuente
Producto	Cantidad de consultas registradas en los Centros	Centro, vía, motivo.	Registro Excel y luego ATC
Producto	Cantidad de personas por las que se ha consultado en los Centros NSNT	Género, edad, Centro, motivo.	Registro Excel y luego ATC
Producto	Número de personas registradas para hacer uso de un tipo de beneficio de atención en Centros, según el estado en el que figura.	Género, Edad, Modalidad, Centro, Tipo de atención (individual o grupal), Periodicidad programada.	Registro Excel y luego SMART
Producto	Cantidad de talleres psicosociales	Por temática, Centro.	Registro en formulario de actividades (a desarrollar o definir su integración categórica)
Producto	Cantidad de personas que asistieron a talleres psicosociales	Género, Por temática, Centro.	Registro en formulario de actividades (a desarrollar o definir su integración categórica)
Producto	Cantidad de actividades de participación/comunitarias	Por temática, Tipo, Centro.	Registro en formulario de actividades (a desarrollar o definir su integración categórica)
Producto	Cantidad de personas que participaron en actividades comunitarias	Por temática, Tipo, Centro.	Registro en formulario de actividades (a desarrollar o definir su integración categórica)

Fuente: MIDES (2024).

En los llamados a convenios se les solicita a las OSC que gestionan los centros, resultados alineados con los objetivos específicos del programa (ver tabla 17). Sin embargo, se identifica una falta de precisión respecto a los indicadores asociados, incluyendo cómo se medirán, sus fórmulas, las fuentes de datos y la periodicidad para su monitoreo.

Los documentos revisados muestran que, algunos indicadores están definidos en términos generales, careciendo de metas específicas y metodologías estandarizadas para garantizar un monitoreo riguroso de los resultados. Esto subraya la necesidad de ajustar y formalizar estos elementos, lo cual está previsto para 2025, cuando INJU y DINTAD continúen trabajando en conjunto para establecer un sistema más robusto de indicadores que permita medir de manera eficiente tanto los productos como los impactos generados por las acciones de las OSC.

En el documento de diseño, los resultados que se plantean son en su mayoría de calidad de la atención y de productos. Se encuentran también algunas metas de eficacia en la



consecución de resultados. Como en el caso anterior estos resultados están en revisión para el 2025.

Tabla 17. Indicadores definidos en los TDR para la contratación de Centros.

Objetivo	Resultado
<p>Objetivo específico 1: Brindar espacios de escucha, contención, orientación y acompañamiento a adolescentes y jóvenes, a través de diversas propuestas individuales y grupales, lideradas por profesionales y orientadas a la promoción del bienestar psicoemocional.</p>	1.1 El 100% de los adolescentes y jóvenes que se contactaron por las diversas vías, recibieron una respuesta antes de las 48 horas hábiles.
	1.2 Al menos el 90% de los adolescentes y jóvenes que participan del centro tuvieron una instancia individual con el equipo técnico en la primera semana.
	1.3 Se ha generado al menos un espacio al mes para los adultos referentes de los adolescentes y jóvenes vinculados al centro.
	1.4 Se han abordado al menos tres de los ejes temáticos definidos para los centros en las actividades grupales en el trimestre.
	1.5 Al menos el 80% de los adolescentes y jóvenes participantes consideran que les gustaría seguir vinculados a las actividades del centro.
	1.6 Al menos 80% de los adolescentes y jóvenes participantes recomendarían a otros adolescentes y jóvenes la propuesta.
	1.7 Al menos el 80% de los adolescentes y jóvenes participantes sienten que su bienestar psicoemocional se benefició a partir de su participación en el centro.
<p>Objetivo específico 2: Brindar espacios de apoyo, encuentro e intercambio entre adolescentes y jóvenes, para el cuidado y promoción de su bienestar psicoemocional, acompañados por referentes técnicos.</p>	2.1 El 90% de los adolescentes y jóvenes que circulan por el centro tienen acceso a instancias de encuentro e intercambio entre pares.
	2.2 Al menos el 80% de los adolescentes y jóvenes participantes valoran positivamente las instancias de encuentro e intercambio entre pares en el centro.
<p>Objetivo específico 3: Detectar tempranamente las situaciones de</p>	3.1 En el 100% de las situaciones que requieren contar con una atención específica de otros servicios, se realiza en coordinación y se da seguimiento para su concreción.



Objetivo	Resultado
sufrimiento o de riesgo que requieran una atención específica con otro tipo y tiempo de respuesta y propiciar las coordinaciones para efectivizarlo.	3.2 Se han generado coordinaciones y acciones tendientes a reducir las barreras de acceso de los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y/o a otras propuestas de atención hacia su bienestar psicoemocional.
Objetivo específico 4: Impulsar e implementar actividades de formación y promoción de bienestar psicoemocional en la comunidad de referencia, dirigidas a adolescentes, jóvenes y adultos referentes, integrando la participación de los actores locales.	4.1 Se despliegan al menos tres actividades de participación comunitaria en la localidad del centro en el semestre.
	4.2 Se despliegan al menos dos actividades de formación a referentes locales institucionales y/o comunitarios en la localidad del centro en el semestre.
	4.3 Se han generado alianzas con al menos dos organizaciones locales para el desarrollo de actividades conjuntas en el semestre.
	4.4 Se han generado actividades conjuntas con al menos tres instituciones del departamento del ámbito de la salud, educación u otras en el semestre.
Objetivo específico 5: Articular con instituciones y organizaciones para facilitar el acceso de los adolescentes y jóvenes a diversos servicios o iniciativas en función de sus intereses y proyectos de vida.	5.1 El 100% de los adolescentes y jóvenes que lo requieran han accedido o están en proceso de acceder a otros servicios o iniciativas vinculados a sus intereses y/o proyectos de vida, en el semestre.
	5.2 Se han generado las coordinaciones con referentes de las instituciones u organizaciones en las que están integrados los adolescentes y jóvenes (ej. centros juveniles, clubes deportivos, etc.) en el 100% de los casos en que la estrategia de trabajo semestral así lo requiera.

Fuente: UNICEF, 2024.

El proceso de seguimiento y acompañamiento a los convenios lo realiza UNICEF mediante visitas programáticas y la solicitud de informes estándares trimestrales a las organizaciones.

Evaluación

Los indicadores presentados en los documentos son pertinentes, ya que se centran en aspectos clave como la atención oportuna, la participación de adolescentes y jóvenes en actividades individuales y grupales, la satisfacción percibida y el bienestar psicoemocional



de los participantes. Sin embargo, se identifican ciertas áreas donde faltan indicadores claros y específicos, como aquellos relacionados con la evaluación de la calidad de las coordinaciones interinstitucionales, el acceso a servicios complementarios, o respecto a algunos de los resultados identificados en la teoría del cambio (por ejemplo intentos de autoeliminación, desempeño educativo o laboral).

Además, no todos los indicadores tienen definidas sus fórmulas, periodicidad o fuentes de datos, es decir carecen de estandarización para su medición.

En varios indicadores se especifican metas claras, como el porcentaje de participantes que reciben respuesta en un tiempo determinado o los resultados esperados en actividades grupales y comunitarias. Sin embargo, muchas de estas metas están en revisión.

7.2 Sistemas de información

Descripción

En esta sección se describen los sistemas de información utilizados por la intervención.

La intervención prevé utilizar el Sistema de Monitoreo, Administración y Resolución de Trámites (SMART) para monitorear indicadores e información de beneficiarios. A su vez se prevé utilizar el módulo ATC (Atención Ciudadana) para ingresar todas las consultas que llegan al centro, ya sean virtuales o presenciales y especificar el tipo de respuesta que se le da a la persona.

Asimismo, se prevé utilizar formularios en Apia para el diagnóstico y egreso de beneficiarios, así como para el registro de actividades implementadas (INJU - DINTAD, 2024).

El equipo de intervención está trabajando con DINTAD en el desarrollo necesario para la aplicación de estos sistemas a NSNT, los cuales no estuvieron en funcionamiento durante 2024 y no se prevé que lo estén durante la mayor parte de 2025.

Estos sistemas no se mencionan en los TDR utilizados para la selección de las OSC que gestionan los Centros. Según plantearon los referentes de INJU, en una primera instancia la gestión de información se realizará a través de planillas de cálculo y formularios.

Tampoco se menciona en los documentos aportados por las contrapartes que se prevea la incorporación de información al Sistema de Información Integrada del Área Social (SIAS).



Evaluación

La intervención no prevé contar con la posibilidad de utilizar los sistemas de información oficial de MIDES durante 2024 y parte de 2025. Los formularios y registros diseñados para suplir esta falta de operatividad son herramientas temporales, limitadas en su capacidad para integrar y procesar datos de manera eficiente.

7.3 Evaluaciones de los Centros

Descripción

En el documento de diseño (MIDES 2024) se prevé diseñar estrategias de evaluación para los Centros NSNT en 2025, aunque no se menciona de qué tipo serán.

Como se comentó, la intervención tiene como referencia internacional a Headspace, un programa que presenta puntos de contacto, pero también diferencias.

Dicho programa cuenta con diversas evaluaciones.

Headspace cuenta con evidencia sobre su desempeño basada en métodos cualitativos y cuantitativos, como análisis administrativos, encuestas a usuarios y proveedores, y estudios económicos. Entre los hallazgos principales se encuentran:

1. Eficacia del Modelo:

El programa ha logrado mejorar la alfabetización en salud mental, fomentar la búsqueda de ayuda temprana y facilitar el acceso a servicios para jóvenes con necesidades leves a moderadas. Los resultados indican cambios significativos entre los que concurren al menos dos veces a actividades del programa (Headspace, p. 275 y 284):

- **K10 (estrés psicológico):** El 17,2% de los individuos que recurren por experimentar episodios de este tipo lograron un cambio (de carácter positivo) clínicamente significativo, mientras que el 15,5% registraron cambios confiables.
 - i. N utilizado: 3,500 jóvenes.
 - ii. Promedio de OOS (Ocasión de Servicios): 4.3 sesiones.
 - iii. Casos excluidos: Participantes que solo asistieron a una OOS o cuyos datos estaban incompletos en las encuestas de seguimiento.
- **SOFAS (funcionamiento social y ocupacional):** El 43,6% mostró mejoras clínicamente significativas, siendo el indicador con mejor comportamiento.
 - iv. N utilizado: 2,800 jóvenes.
 - v. Promedio de OOS: 5.2 sesiones.



vi. Casos excluidos: Aquellos con evaluaciones iniciales fuera del rango clínico o que no completaron un mínimo de dos sesiones.

- **MLT (medida de resultados integrales):** Un 31% alcanzó un cambio clínico significativo y un 24,6% reportó cambios confiables
 - vii. N utilizado: 2,400 jóvenes.
 - viii. Promedio de OOS: 4.8 sesiones.
 - ix. Casos excluidos: Episodios con menos de dos mediciones comparativas entre la entrada y la salida del programa.

2. Críticas y Limitaciones del Modelo

A pesar de los hallazgos positivos, diversas evaluaciones han señalado limitaciones en la efectividad y sustentabilidad del programa:

- **Duración insuficiente de la terapia:** Algunos estudios indican que Headspace no ofrece intervenciones con una duración adecuada para lograr mejoras sostenibles en la salud mental de los jóvenes. Además, muchas evaluaciones han usado medidas de proceso a corto plazo o encuestas de satisfacción en lugar de instrumentos estandarizados que permitan medir cambios clínicos significativos (Kisely et al., 2023, p. 285).
- **Fragmentación del sistema de salud mental:** Se ha argumentado que la expansión de Headspace se realizó sin suficiente consulta con otros actores del sistema de salud, lo que generó duplicación de servicios y competencia con otros programas existentes. En lugar de fortalecer los servicios públicos y privados ya establecidos, agravó la fragmentación del sistema de salud mental en Australia (Kisely & Looi, 2022, p. 389).
- **Costo-efectividad cuestionable:** Algunos estudios sugieren que Headspace es más costoso que una consulta de salud mental con un médico generalista en Australia y que, dependiendo de los supuestos utilizados, puede no ser una intervención costo-efectiva (Kisely et al., 2023, p. 287).

3. Lecciones Aprendidas

- Reducir los tiempos de espera y aumentar la diversidad en la fuerza laboral contribuye a atender mejor a las poblaciones objetivo.
- Incorporar mecanismos de monitoreo que permitan evaluar resultados a largo plazo ofrece datos para realizar ajustes y mejorar la implementación.

Evaluación

Se valora positivamente la iniciativa del Programa NSNT a buscar una evaluación externa de su diseño.



En el documento de diseño (MIDES 2024), se menciona que se trabajará en estrategias de evaluación en 2025 (junto con DINTAD), pero no se detalla el tipo de evaluaciones que se desarrollarán ni sus objetivos específicos.

El equipo evaluador considera que el Programa puede desarrollar evidencia durante las próximas fases de implementación a través de las siguientes estrategias.

1. Evaluación de implementación (corto plazo):

- Analizar la eficacia de los procesos operativos de los centros, incluyendo captación, atención individual/grupal y derivaciones.
- Identificar cuellos de botella en la operatividad de los centros y el uso de sistemas de información.

2. Evaluación de resultados intermedios (mediano plazo):

- Medir la percepción de los beneficiarios respecto a la mejora de su bienestar psicoemocional.
- Evaluar el impacto inicial en indicadores como tasas de participación, satisfacción y seguimiento a derivaciones interinstitucionales.
- Complementar esta evaluación con el análisis de los sistemas de información de los servicios de salud que reciben derivaciones (por ejemplo, ASSE o MSP) para identificar patrones en el acceso a servicios y resultados en la atención de los jóvenes. Esto permitirá evaluar, pasado un tiempo prudencial, si las derivaciones realizadas por los centros han contribuido efectivamente a mejorar los indicadores de salud y bienestar psicoemocional de los beneficiarios.

En relación con la evidencia sobre programas análogos a los Centros NSNT, el programa **Headspace** proporciona evidencia detallada sobre su desempeño. Este análisis se centró en la implementación y los resultados obtenidos, utilizando tanto métodos cuantitativos como cualitativos. Aunque no aborda específicamente una evaluación de impacto, los resultados documentan mejoras significativas en indicadores clínicos, como el estrés psicológico (K10) y el funcionamiento social y ocupacional (SOFAS), así como en la alfabetización en salud mental y la accesibilidad a los servicios.

La experiencia de Headspace ofrece un referente valioso para el análisis de programas como NSNT, especialmente en aspectos de gobernanza, integración de servicios y estrategias de monitoreo de resultados. No obstante, sus limitaciones en efectividad clínica, integración con el sistema de salud y costo-efectividad deben ser consideradas al diseñar y evaluar modelos similares. Evitar la duplicación de servicios y fortalecer la integración con dispositivos existentes resulta fundamental para maximizar el impacto del programa.



8. Costos

Descripción

En esta sección se describe la estimación de costos de los Centros.

La Ley N° 20.212 (Aprobación de rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal. Ejercicio 2022) aprobada en 2023 otorgó a MIDES/INJU, en su artículo N° 400, 95 millones de pesos por año con distinto al “Programa de Promoción de bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes”.

En mayo de 2024, MIDES y UNICEF firmaron un acuerdo para que UNICEF sea un “socio implementador del Programa y el administrador de los fondos aprobados en la Rendición de Cuentas para el período 2024 - 2025” (MIDES-UNICEF, 2024). Se acordó que MIDES los transfiera a través de cuatro pagos semestrales durante 2024 y 2025, totalizando 190 millones de pesos.

En el marco de la evaluación se realizó una estimación del presupuesto (no su ejecución) de los Centros NSNT en pesos corrientes según rubro: costos directos, costos administrativos, e inversión.

El costo asciende a 176 millones para los 23 meses de ejecución, lo cual incluye 40 millones de costos administrativos (22,9%), 112 millones de costos directos (63,6%), y 24 millones de inversión (13,5%).

Los rubros considerados en la estimación se presentan en la tabla 18.



Tabla 18. Estimación de costos de los Centros NSNT para el período 2024 a 2026 (incluye todas las fuentes de financiamiento -no solo los fondos asignados por la Ley de Rendición de Cuentas)

Rubro	Detalle	2024	2025	2026	TOTAL	%
Costos administrativos financiados por Rendición de cuentas	Cuota parte de gestión del proyecto*	7.866.030	10.036.718	6.718.619	24.621.367	
	Auditorias	254.162	468.581	-	722.744	
	RRHH (Arquitecto, Coord. Centros, Diseño interior de Centros)**	1.866.351	2.185.410	596.156	4.647.917	
	Viajes RRHH	102.750	287.700	102.750	493.200	
Costos administrativos otras fuentes	5 RRHH de gestión del programa financiados con fondos MIDES	2.579.929	5.159.857	2.149.941	9.889.727	
Subtotal costos administrativos		12.669.222	18.138.267	9.567.465	40.374.954	22,9%
Costos directos Centros NSNT	Convenios (OSC)	10.073.405	70.640.789	31.440.801	112.154.995	63,6%
Inversión	Compras Insumos y Equipos (computadoras, mobiliario, etc.) con destino a Centros	5.692.350	5.692.350	-	11.384.700	
	Construcción Casavalle	6.165.000	6.165.000	-	12.330.000	
Subtotal Inversión		11.857.350	11.857.350	-	23.714.700	13,5%
TOTAL Centros NSNT		34.599.977	100.636.406	41.008.266	176.244.650	100%

*El presupuesto del programa aportado por UNICEF incluye un componente de costos administrativos no asignados a un componente particular del Programa. Se asignó una cuota parte de los mismos al componente Centros del 87,57% a partir de que esta es la proporción de la participación de los Centros en el presupuesto total del Programa sin considerar dichos costos administrativos.



** La estimación de este ítem presenta algunos aspectos que llevan a su sobrestimación³ y otras a su subestimación⁴, por no disponer la información desagregada a un nivel que permitiera una mayor precisión en los plazos de la evaluación. No obstante, el equipo evaluador considera que, por ser pequeñas las diferencias en el marco del costo total de la intervención, no afectan las conclusiones de la evaluación en relación a los costos.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de UNICEF, 2024, datos de personal aportados por INJU, y remuneraciones del MIDES publicadas en el sitio web.

El costo mensual de un centro en convenio es de 842 mil pesos, lo cual equivale a 10 millones de pesos anuales.

Tabla 19. Presupuesto mensual por Centro en pesos corrientes (2024)

Rubro	Monto mensual en pesos	Detalle	Monto
Salarios	639.710	Coordinador	101.605,88*
		Psicólogos/as	70.106,70
		Trabajador social	70.106,70
		Educadores, profesores o maestros	43.006,15
		Administrativo	17.584,32
Actividades y gastos operativos	77.667	Materiales para actividades, traslados, seguridad y otros gastos de funcionamiento.	
Subtotal	717.377		
Actividades de formación, inducción, y planificación	25.000	Viáticos, pasajes y hospedaje.	
Total	742.377**		

*El monto previsto para los honorarios incluye la partida para el pago de los aportes sociales (aguinaldo, salario vacacional, seguro, etc.)

³ Las contrapartes señalan que una parte de estos costos, no especificada en los plazos de la evaluación, debe ser incluida en inversión.

⁴ Las contrapartes señalan que no se está considerando algunos montos abonados por UNICEF (50% del salario del asistente administrativo, 100% del cargo UNV y 40% del Oficial de protección), así como el costo de una consultora con funciones de comunicación que reviste en otro componente del Programa NSNT (movilización social) pero que como parte de su función también aporta al Componente Centros.



** En uno de los Centros está previsto el pago de alquiler. Dicho monto puede ascender hasta un máximo de 100.000 pesos mensuales. A su vez está previsto que en caso de que el local (ya sea el propio de la organización o de alquiler) requiera refacciones menores o adaptaciones específicas, la organización seleccionada deberá presentar presupuestación a UNICEF y éste autorizará, en caso de que corresponda, su financiamiento, para lo cual se aportarán fondos adicionales.

El mobiliario y equipamiento del local seleccionado será proporcionado directamente por UNICEF con fondos adicionales a los detallados más arriba en el presupuesto de referencia.

Fuente: UNICEF, 2024.

Evaluación

El programa cuenta con un presupuesto asignado claramente identificado, aprobado por la Ley de Rendición de Cuentas y transferido a UNICEF como socio implementador (95 millones de pesos por año) a lo cual se suman otros recursos del MIDES.

El costo por centro se estimó en 842 mil pesos anuales. Con los datos disponibles no se pudo estimar el presupuesto por producto o por beneficiario.



9. Bibliografía y otras fuentes

Bibliografía

1. Casarotti, H. (2007). *Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 71(2), 153-163.
2. DIPRES (2023): Estudio descriptivo de la plataforma del chat Hablemos de Todo, años 2020, 2021 y 2022
3. INJU (2023): Resultados de los componentes del programa
4. INJU (2020): Informe IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2018.
5. INJU (2019): Punto y seguido. Balance 2019 del plan de acción de juventudes 2015-2025
6. INJU - DINTAD (2024): Diseño de estrategia de monitoreo 2025. Centros Ni Silencio Ni Tabú. Borrador.
7. INJU, MIDES, MSP, UNICEF (2024): Inducción para los equipos de los Centros.
8. INJU-UNICEF (2024): Programa ni silencio ni tabú. “hablemos de Salud mental”. Centros Ni Silencio Ni Tabú. Documento programático. Versión borrador. Junio, 2024.
9. INJU-UNICEF, 2022: Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay
10. INJU-UNICEF, 2023: Panorama de la salud mental y el bienestar psicosocial
11. INJUV, 2023: Estudio descriptivo de la plataforma del chat Hablemos de Todo, años 2020, 2021 y 2022
12. Kisely, S., & Looi, J. C. L. (2022). Latest evidence casts further doubt on the effectiveness of headspace. *Medical Journal of Australia*, 217(8), 388-390. <https://doi.org/10.5694/mja2.51700>
13. Kisely, S. R., Bastiampillai, T., Allison, S., & Looi, J. C. (2023). More smoke and mirrors: Fifteen further reasons to doubt the effectiveness of headspace. *Australasian Psychiatry*, 31(3), 282-291. <https://doi.org/10.1177/10398562231167683>
14. KPMG (2022): Evaluation of the National Headspace Program
15. MIDES - UNICEF (2024): Acuerdo de colaboración entre el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Nacional de la Juventud (INJU) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
16. MIDES (2024): “Centros Ni Silencio Ni Tabú. Edición 2024. Documento de diseño”. Versión del 28 de noviembre de 2024.
17. MIDES-INJU (2021): MEMORIAS INJU. 30 AÑOS DE POLÍTICAS DE JUVENTUD EN URUGUAY
18. Ministerio de Salud Pública. (2021). *Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025*. Montevideo, Uruguay. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ESTRATEGIA_NACIONAL_PREVENCION_SUICIDIO_2021_2025.pdf
19. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2011). Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015). Montevideo, Uruguay: MSP



20. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2016). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020: Hacia un abordaje integral*. Ministerio de Salud Pública.
21. Moreta Herrera, Rodrigo; Durán Rodríguez, Teresa y Villegas Villacrés, Narcisa (2018): Regulación Emocional y Rendimiento como predictores de la Procrastinación Académica en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología y Educación*, Vol. 13. 2018. Pp. 155-166. Disponible en: <https://www.revistadepsicologiayeducacion.es/pdf/166.pdf>
22. MSP-MEC-MIDES-ASSE (2021): Plan intersectorial de prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes, con énfasis en la promoción del bienestar psicosocial y la atención integral de la salud mental. Montevideo, Uruguay
23. Ministerio de Salud Pública. (2019, 15 de marzo). *Ordenanza N° 1046: Dispositivos de Atención en la Red de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1046019-red-atencion-salud-mental>
24. Ministerio de Salud Pública. (2019, 20 de noviembre). *Ordenanza N.º 1488: Modificación de la Ordenanza N.º 1046*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>
25. Ministerio de Salud Pública. (2017, 10 de mayo). *Ordenanza N.º 384: Protocolo de Atención y Seguimiento de Personas con Intento de Autoeliminación*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-384017-atencion-autoeliminacion>
26. Ministerio de Salud Pública (1986). Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo, Uruguay.: MSP
27. Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2023): Resumen ejecutivo del Plan nacional para el abordaje de la salud mental y adicciones. Disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2023/noticias/AK_998/plan_salud_mental_adicciones.pdf
28. Poder Ejecutivo (1990): Decreto 429/990
29. Pulido Acosta, Federico, & Herrera Clavero, Francisco. (2017). La influencia de las emociones sobre el rendimiento académico. *Revista Ciencias Psicológicas*, 11(1), 29-39. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212017000100029
30. República Oriental del Uruguay. (2017, 24 de agosto). Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental. Diario Oficial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
31. República Oriental del Uruguay. (2021, 13 de octubre). Ley N° 19.979: Campaña Nacional de Concientización y Prevención del Suicidio Adolescente. Diario Oficial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19979-2021>
32. República Oriental del Uruguay. (2023, 28 de diciembre). Ley N° 20.212: Ley de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Diario Oficial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20212-2023>



33. República Oriental del Uruguay. (2004, 21 de octubre). Decreto N.º 378/004: Creación de la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio. Diario Oficial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/378-2004>
34. República Oriental del Uruguay. (2011, 29 de agosto). Decreto N.º 305/011: Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Diario Oficial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011>
35. República Oriental del Uruguay. (2013, 3 de septiembre). Decreto N.º 274/013: Marco Regulatorio para Establecimientos de Atención y Tratamiento de Usuarios Problemáticos de Drogas. Diario Oficial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2013>
36. República Oriental del Uruguay. (2024, 15 de abril). *Decreto N.º 114/024: [Título del Decreto]*. Diario Oficial. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/114-2024>
37. Rickwood D, McEachran J, Saw A, Telford N, Trethowan J, McGorry P (2023): Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: Outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. PLOS ONE 18(6): e0282040. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10313045/pdf/pone.0282040.pdf>
38. UNICEF (2024): Llamado expresiones de interés CFEI/CEF/URG/2024/016. Canelones, Las Piedras.
39. UNICEF (2024b): Llamado expresiones de interés CFEI/CEF/URG/2024/016. Rocha.
40. UNICEF (2024c): Work Plan.
41. UNICEF (2024d): Análisis de la pobreza infantil en Uruguay y propuestas de política. Disponible en: https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=318
42. World Health Organization. (2012). Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent-friendly health services. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503594>

Sitios web

1. MSP. Estadísticas vitales. Disponible en: <https://uins.msp.gub.uy/>
2. Salud Mental Adolescente / Servicios de salud para Adolescentes ASSE. Consultado 15/01/2024. Disponible en: <https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/servicios/servicios-de-salud-para-adolescentes-asse>



10. Glosario

- AGESIC: Agencia de Gobierno electrónico y Sociedad de la Información
- ANEP: Administración Nacional de Educación Pública
- ATC: Atención Ciudadana
- ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado
- CNHPS: Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio
- DINTAD: Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos
- DIPRES: Dirección de Presupuestos -Chile-
- ECH: Encuesta Continua de Hogares
- ENAJ: Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud
- GG.DD: Gobiernos Departamentales
- INAU: Instituto del Niño y Adolescentes del Uruguay
- INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente
- INJU: Instituto Nacional de la Juventud
- INJUV: Instituto Nacional de la Juventud -Chile-
- INMUJERES: Instituto Nacional de las Mujeres
- MIDES: Ministerio de Desarrollo Social
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- OSC: Organizaciones no Gubernamentales
- OSN: Objetivos Sanitarios Nacionales
- PAIS: Plan Integral de Atención en Salud
- TDR: Términos de referencia.
- SENADE: Secretaría Nacional de Deportes
- SMART: Sistema de Monitoreo, Administración y Resolución de Trámites
- SIIAS: Sistema de Información Integrada del Área Social
- SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
- UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund



11. Anexos

Anexo 1: especificaciones sobre los locales a proveer por las OSC

El llamado para el Centro de Las Piedras establece los siguientes requerimientos para el local (UNICEF, 2024).

La ubicación deberá ser un punto estratégico que contemple la adecuada conexión de transporte público, así como el fácil acceso para la población de la región.

El espacio físico deberá contar con:

- Al menos una sala destinada a reuniones de equipo.
- Un espacio que oficie de recepción y bienvenida.
- Al menos dos espacios privados destinados a la atención individual.
- Espacio de salón amplio destinado a actividades grupales, familiares o comunitarias.
- Patio o espacio verde apto para realizar actividades al aire libre.
- Cocina
- Rampas de accesibilidad al local y adaptaciones que faciliten la circulación por el mismo.
- Dos baños, al menos uno de ellos deberá ser accesible.
- En caso de que el local no cuente con accesibilidad universal (acceso con rampa, baño accesible, dimensiones adecuadas de puertas, etc.), éste deberá permitir la posibilidad de adaptaciones y mejoras a costo de UNICEF.
- El área interior del local (sin contar muros) debe ser en torno a los 140 m² y debe contar con un área exterior en torno a los 50 m² exteriores aproximadamente.
- Se deberá presentar fotografías de cada uno de los espacios del local y una fotografía del tablero de instalación eléctrica. Si la organización tiene planos del local, se valorará su aportación.

Otras consideraciones deseables:



- Acceso a red de evacuación de aguas servidas y pluviales: el local deberá estar conectado al sistema público de evacuación de aguas pluviales y servidas aprobado por OSE.
- Acceso a red de abastecimiento agua potable: el local deberá contar con acceso a red de abastecimiento agua autorizada y administrada por OSE.
- Acceso a red de energía eléctrica: el local deberá contar con acceso a red de energía eléctrica aprobado por UTE.
- Red vial: el local deberá tener acceso directo a una vía pública con pavimento y vereda. Se evaluará la cercanía a conectores principales del sistema vial existente.
- Red de transporte público: deberá existir acceso al sistema de transporte público departamental a una distancia menor a 500 metros del local.
- Otras infraestructuras: el local deberá contar con una adecuada red de alumbrado público en su zona.
- Instalaciones industriales: el local no debe estar localizado a menos de 300 metros de instalaciones industriales que generen emisiones al aire (gases acidificantes; material particulado; compuestos orgánicos volátiles y monóxido de carbono), olores fuertes y ruidos.
- Redes de alta tensión: el local no debe estar localizado a menos de 100 metros de instalaciones de redes de transmisión de energía eléctrica en alta tensión iguales o mayores a 150 KV.
- Inundabilidad: se corroborará que el local está por fuera de las zonas de riesgo medio y alto de inundación.
- Que el local cuente con habilitación de bomberos.
- Que el local tenga un espacio extra para usarse como sala maternal.