

# La encrucijada de la Salud Mental en el Uruguay progresista

*The crossroads of Mental Health in progressive Uruguay*

**Beatriz Fernández Castrillo**

Fecha de presentación: 05/02/2018

Fecha de aceptación: 23/02/2018

## Resumen

En esta comunicación se discuten los resultados de una investigación financiada por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República para el estudio del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay. El propósito es iniciar un proceso de discusión sobre dicho Plan desde la perspectiva del Trabajo Social y de las disciplinas implicadas en este campo, refutando sus contenidos con la evidencia empírica recogida a partir del ordenamiento de datos cuantitativos disponibles y de la sistematización de la información cualitativa recabada a través de los discursos de los actores involucrados (políticos, gestores, académicos, técnicos y en especial usuarios). A partir de esta información se revisan conceptos, se analiza la situación de la Salud Mental en nuestro país y se realizan consideraciones respecto al funcionamiento global del plan desde la perspectiva de las/os profesionales involucrados y de las/os usuarias/os. De este modo esperamos provocar el debate sobre la encrucijada multidisciplinar en que se encuentra la Salud Mental para comprender los vaivenes históricos en el marco de las profundas transformaciones emprendidas en la región.

## Palabras clave

Salud mental; evaluación; políticas públicas; Trabajo Social.

## Abstract

*This paper discusses the results of a research funded by the Sectoral Commission for Scientific Research of the University of the Republic for the study of the Implementation Plan for Mental Health Benefits in the National Integrated Health System in Uruguay. The purpose is to initiate a process of discussion about said Plan from the perspective of Social Work and the disciplines involved in this field, refuting its contents with the empirical evidence gathered from the ordering of available quantitative data and the systematization of qualitative information collected through the speeches of the actors involved (politicians, managers, academics, technicians and especially users). Based on this information, concepts are reviewed, the situation of Mental Health in our country is analyzed and considerations regarding the global operation of the plan are made from the perspective of the professionals involved and the users. In this way we hope to provoke the debate on the multidisciplinary crossroads in which Mental Health finds itself to understand the historical swings within the framework of the profound transformations undertaken in the region.*

## Keywords

*Mental health; evaluation; public policies; Social Work.*

## Introducción

*Ojalá podamos ser tan porfiados para seguir creyendo, contra toda evidencia, que la condición humana vale la pena, porque hemos sido mal hechos, pero no estamos aún terminados.*

Eduardo Galeano  
Los caminos del viento, 2010

América Latina ha sido escenario de varios períodos históricos trágicos de terrorismo de Estado donde prevaleció la violación a los Derechos Humanos no sólo en la órbita del enfrentamiento ideológico partidario, sino también en el conflicto entre grupos fragmentados por la cuestión social de una sociedad que sigue legitimando el privilegio de algunos sobre el sacrificio de otros. Ello tiene, a nuestro entender, consecuencias directas en las condiciones de convivencia y en el bienestar social y mental de vastos sectores de la población con efectos devastadores en la vida cotidiana.

A continuación revisaremos algunos conceptos que son nuestra herramienta de trabajo para abordar el complejo tema de las políticas de salud en el campo de la Salud Mental. Para ello exponemos algunas líneas de preocupación que venimos investigando desde hace varios años y que dieran origen al trabajo de tesis doctoral en la Universidad Nacional de Lanús en Argentina. La misma tuvo como propósito estudiar el Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental aprobado en 2011 en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud PIPSM-SNIS como política prioritaria del gobierno progresista en el Uruguay. A partir de los resultados de este estudio se realizan algunas consideraciones respecto al funcionamiento del Plan en estos años, analizando la esfera legal, política, de las prácticas y la perspectiva que tienen de este proceso técnicas/os y usuarias/os, que son a nuestro entender, los principales protagonistas. En base a estos resultados, es que fundamentamos algunas consideraciones finales como pretexto de comunicación con las/os trabajadoras sociales y otras/os especialistas interesados en las complejidades de la Salud Mental como área ético política de investigación y de intervención profesional.

## Precisando términos

El entrecruzamiento entre los conceptos de Salud Mental y Derechos Humanos parece evidente, aunque con frecuencia sean vistos como campos ajenos e independientes. No es casual que ambos hayan surgido en el período de posguerra mundial, a partir de que se fueron implementando transformaciones en los marcos teóricos que repercuten en las intervenciones de los sistemas de salud. Ambos conceptos surgen en 1948, uno con la declaración de Derechos

Humanos de las Naciones Unidas y el otro con el Primer Congreso de Salud Mental realizado en Londres (De Lellis y Di Nella, 2007).

Con frecuencia los términos se confunden en los discursos de políticos y técnicos, también en el imaginario de la ciudadanía, de modo que conceptos básicos de la dignidad humana, se vuelven polisémicos y carentes de contenido. Parece una obviedad, pero es de destacar que la vulneración de derechos constituye un determinante del sufrimiento humano de tal magnitud que llegan a ser afectadas todas las dimensiones de la persona, tanto en la relación consigo misma como con las/os demás y con las estructuras sociales que lo contienen.

La salud depende de todos sus componentes y se encuentra históricamente determinada e íntimamente ligada a las condiciones de existencia, estilos de vida, relaciones interpersonales y de convivencia inclusiva con la colectividad a la que se pertenece. Coincidimos con Granda (2004) cuando plantea reposicionar críticamente el pensamiento latinoamericano respecto al proceso salud-enfermedad abordando propuestas alternativas a las sostenidas por las concepciones de salud tradicionales, para luego definirla como

*“campo de conocimiento en constante desarrollo que constituye en primer lugar, un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del objeto problema salud-enfermedad-cuidado de las poblaciones. Al referirme a la ampliación de la visión hablo de esa necesidad de ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad” (párrafo 63).*

La relación de reciprocidad entre lo individual y lo colectivo en temas de salud, también hace que los conflictos que afectan a una sociedad determinada generen específicas formas de padecimientos que, al igual que los síntomas somáticos, expresan ese malestar y son, a la vez, una demanda social implícita que reclama respuestas. Esta asociación con los síntomas resulta de la propia génesis del concepto como una rama del saber médico asociado indisolublemente al de enfermedad mental, de modo que el padecimiento queda cooptado en la esfera individual. En sentido contrario, si coincidimos en redefinir la Salud Mental como campo de estudio de la condición humana en interdependencia con los contextos colectivos, su objeto dejaría de ser patrimonio exclusivo del saber salubrista, para concebirse como sistema abierto de la acción social que se constituye en torno de un complejo constructo interdisciplinario.

De la analogía entre los conceptos de salud mental y enfermedad mental devienen varios peligros porque la misma incide en la forma en que se percibe y se categoriza, en el carácter de los diagnósticos y en la definición del abordaje terapéutico de los problemas de salud. Por tanto, también está determinado por la definición del objeto del área de conocimiento desde donde se ubique el observador, de ahí que algunos posicionamientos epistemológicos tengan limitaciones para identificar las situaciones de sufrimiento y estimar sus consecuencias que no siempre son asimilables a las entidades nosográficas.

*“Acentuar la noción de sufrimiento, padecimiento o malestar y distinguirla de la enfermedad permite recuperar la dimensión temporal, historizar el proceso que le da origen, otorgándole visibilidad a las relaciones que lo ligan con el proceso de constitución del sujeto singular con las vicisitudes y eventos de su vida cotidiana, así como con las condiciones objetivas de vida en el seno de su grupo social de pertenencia” (Augsburger y Gerlero, 2005: párrafo 33).*

Consideramos que el Trabajo Social es un interlocutor válido para explorar la existencia de nuevas fronteras en esta vieja temática del sufrimiento mental, por tratarse de un saber disciplinar que debería ser capaz de identificar las categorías sociales comprometidas en estos procesos y la forma en que las condiciones objetivas y subjetivas interactúan entre sí para conformar los escenarios.

El Trabajo Social puede ser concebido como disciplina cuyo centro de atención es el tejido social donde personas, grupos e instituciones están inmersos; a su vez, ese tejido es su materia prima como matriz básica para el desarrollo personal y colectivo. Su campo de estudio es el mundo cotidiano y el mundo de las estructuras creadas por mujeres, varones y otras identidades de género en sociedad, donde hay sistemas con funciones de producción y reproducción social, por lo que requiere de una construcción intelectual en tanto mundo interpretado y de las representaciones sociales en tensión objetivo- subjetivo para integrar lo manifiesto y lo latente. Su fin último es intervenir para producir transformaciones que fomenten el bienestar y para que exista bienestar tienen que existir vínculos saludables de los sujetos consigo mismos, con los demás y con el hábitat social y ecológico, o sea, tiene que promoverse la salud y su componente relacional, la Salud Mental.

Desde esta concepción, parece razonable que la disciplina atienda el deterioro de la convivencia en el Uruguay contemporáneo, actualizando líneas programáticas sectoriales e intersectoriales de promoción social y de salud para la prevención oportuna del malestar. Ello implica involucrarse en las decisiones de la esfera de las políticas públicas de modo de contribuir a generar condiciones de existencia que garanticen el desarrollo y promoción del derecho de la población de conocer cómo se gastan los fondos públicos destinados a tal fin.

El estudio que hoy presentamos parte de la convicción de que el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental incentivado por el Sistema Nacional Integrado de Salud (PIPSM-SNIS), que desde el año 2011 obliga a todos los prestadores integrales del país a hacer innovaciones, constituye un avance sustancial en la conquista de derechos por parte de la ciudadanía que contribuye al bienestar y al desarrollo social.

Dos razones justifican que Trabajo Social asuma el desafío de emprender una investigación como la que aquí se plantea. Por una parte, de las disciplinas implicadas directamente en el sector, el Trabajo Social es la que cuenta con mayor formación en materia de planificación y evaluación de proyectos, programas y políticas públicas. Y por otra, es la profesión menos implicada en la competencia por un lugar en la división social del trabajo en este campo ocupacional, lo que le permitiría jugar un papel de mayor objetividad.

## Breve reseña

La atención del sufrimiento que no llega a constituir un trastorno mental por medio de abordajes tradicionales psiquiátricos -en especial aquellos relacionados con la hospitalización y medicalización de los conflictos- no estaría logrando disminuir la sensación de creciente malestar en que parece encontrarse la población uruguaya.

Esta inoperancia del sistema de atención nacional proviene de la devaluación de las variables sociales respecto de otras de calidad más individual sobre las que frecuentemente se basa la evaluación diagnóstica del padecimiento mental.

En un estudio que realizamos correlacionando los diagnósticos psiquiátricos con variables psicosociales<sup>1</sup> en la consulta psiquiátrica ambulatoria de un servicio universitario público, observamos que los diagnósticos realizados durante los dos años anteriores y posteriores a la crisis financiera de 2002, se concentraron abrumadoramente en los trastornos del ánimo y los trastornos por ansiedad; mientras que las psicosis se mantuvieron en la tendencia histórica del 1%. El procedimiento implicó invertir la asociación tradicional entre este tipo de variables, tomando como variable independiente las psicosociales según el DSM-IV<sup>2</sup>, para así usar un lenguaje común a distintas disciplinas de esta área, y dejando como dependiente a la variable trastornos clínicos. Desde esta lectura, en dicho estudio se observa que a partir del período de crisis financiera se incrementa 34% el estrés económico entre las/os diagnosticadas/os con trastorno del ánimo y en 53% entre las personas diagnosticadas con ansiedad. Del mismo modo, crece el estrés laboral (42% entre las/os deprimidas/os y 52% entre las/os ansiosas/os). La conflictiva familiar se incrementa 34% entre quienes presentan ansiedad y trastornos adaptativos y mantiene altos índices entre quienes padecen depresión. El estudio marca alta frecuencia de preocupación por los “problemas de convivencia con el grupo primario de apoyo”, sobre todo en torno a “conflictos en los vínculos familiares” y “desintegración familiar conflictiva”. Las dificultades en el “ambiente social” registraron incremento principalmente en el “apoyo social inadecuado” y en el “retraimiento social”. En general, la respuesta psiquiátrica a esta demanda de la población fue la escucha, la medicación fundamentalmente antidepresiva y ansiolíticos. Solo el 3% tuvo indicación a algún dispositivo psicoterapéutico y prácticamente fueron inexistentes las altas (Fernández Castrillo, 2009).

Dada la preocupación por el peso de las variables psicosociales en las condiciones de existencia de nuestra población, desde hace años venimos realizando el seguimiento de algunos indicadores relativos a muertes evitables, provocadas por accidentes de tránsito, suicidios y homicidios. Estas muertes evitables se dan mayoritariamente en población joven, significando un serio

<sup>1</sup> Nos referimos, entre otros, al Proyecto Complejidad Social y Salud Mental realizado con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República CSIC-UdelaR, cuyo informe fuera publicado en 2009.

<sup>2</sup> Con la sigla DSM-IV es reconocido el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2001).

problema para un país cuya población apenas supera los tres millones de habitantes y muestra una persistente tendencia al envejecimiento

Según informes oficiales, los accidentes de tránsito en general se producen entre las/os jóvenes, en su mayoría están vinculados al consumo de alcohol y son motociclistas quienes participan en el siniestro. En 2012<sup>3</sup> las muertes por esta causal alcanzaron al 15,5 por cada 100.000 habitantes en el país, mientras que en 2016<sup>4</sup> esta cifra habría descendido. Es alarmante saber que este descenso se ha revertido bruscamente en lo que va del año 2018<sup>5</sup>. En los primeros catorce días del año ya se han registrado más de 20 muertes por accidentes de tránsito en todo el país.

Por su parte, el suicidio en Uruguay ocupa uno de los primeros lugares a nivel mundial. Si bien sabemos que existe subregistro, históricamente la tasa de suicidios de nuestro país manifiesta un progresivo aumento, alcanzando durante la crisis económico- financiera de 2002, el índice más alto por año registrado (20,62/100.000 habitantes). El problema mantiene su persistencia y en 2016 la tasa de suicidios consumados alcanzó el 20,37/100.000 habitantes, superando en números absolutos a la de 2002 (Larrobla, Hein, Novoa y otros, 2017). Según estudios locales, en la mayoría de las/os suicidas se identifican eventos situacionales estresantes tales como problemáticas familiares, amorosas, laborales, económicas, duelos, aislamiento social, además de otros indicadores de riesgo como los acontecimientos vitales adversos (pérdidas, abuso, violencia doméstica, desintegración familiar).

En cuanto a los indicadores de homicidios, según el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior<sup>6</sup>, en 2014 se produjeron 267 homicidios en el país, de los cuales en 230 de los casos el matador conocía a la víctima, lo que induce a pensar en la existencia de problemas de convivencia en los espacios de mayor cercanía: familiar, de pareja, amigos/os y vecinas/os. Si bien Uruguay registra uno de los índices más bajos de criminalidad del continente, la cifra de homicidios según datos oficiales habría disminuido durante 2015 y 2016, pero en 2017 vuelve a subir con un incremento brusco del 5,6%. Todos los casos de este incremento se concentraron

---

<sup>3</sup> Informe anual 2012. Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV). Recuperado de: [http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4/InformeSiniestralidadVialUruguay\\_2012.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4](http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4/InformeSiniestralidadVialUruguay_2012.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4). Fecha de consulta: 2/2/2018.

<sup>4</sup> Informe anual 2016. Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV). Recuperado de: [http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc/Informe+de+Siniestralidad+Vial+Anual+2016.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc](http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc/Informe+de+Siniestralidad+Vial+Anual+2016.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc). Fecha de consulta: 2/2/2018.

<sup>5</sup> Informe anual 2018. Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV). Recuperado de: [http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0/Informe+Preliminar+de+Siniestralidad+Vial+1+al+14+ENE+2018.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0](http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0/Informe+Preliminar+de+Siniestralidad+Vial+1+al+14+ENE+2018.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0). Fecha de consulta: 2/2/2018.

<sup>6</sup> Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior Uruguay. Recuperado de: [https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/pdf/sem\\_1.pdf](https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/pdf/sem_1.pdf). Fecha de consulta: 2/2/2018.

en Montevideo<sup>7</sup>, siendo 23 las víctimas mujeres que murieron a manos de su pareja o expareja y que en su mayoría (79%) nunca habían realizado denuncia<sup>8</sup>.

En nuestro país, existe preocupación en políticas/os, en la prensa y en la ciudadanía en general por estos indicadores de muertes violentas y a su vez se coincide en que el sistema de atención de estos problemas presenta serias ineficiencias que aún no han sido del todo identificadas, y que no se cuenta con registros que permitan sistematizarlas.

A nivel de la atención a la Salud Mental, ya por la década de los 80' existía consenso sobre algunas de las causas de esas ineficiencias, las cuales se pueden resumir en: modelo de atención asilar centrado en la enfermedad; diagnósticos incompletos e insuficientes; inexistencia de planes de tratamiento y de evaluaciones periódicas; internaciones prolongadas e injustificadas de las/os llamadas/os "pacientes sociales", uso de medicamentos extensivo e irracional; inexistencia de consentimiento informado; personal insuficiente y sin especialización; contratos precarios y con bajos salarios; sistema de atención psiquiátrica desestructurado y desarticulado; legislación obsoleta; estigmatización de la enfermedad mental; inexistencia de organismos de defensa de los derechos de las/os usuarios.

Los problemas identificados por entonces son similares a los que detectaban los estudios de la Organización Panamericana de la Salud sobre políticas, planes y legislación de Salud Mental, con especial atención a los derechos humanos de 2011 en 17 países de América Latina (OPS, 2011). En nuestro país, el más grave problema que de algún modo engloba a todos los demás ha sido el vacío legal en que hemos permanecido durante varias décadas, solo regulado por un mínimo paquete jurídico que data de 1936.

## Tiempos de cambios

En el marco de la resistencia a la dictadura (1973-1985), se intensifican los movimientos sociales en torno a la defensa de los Derechos Humanos donde queda comprendida la lucha por la dignificación de la Salud Mental. Se gesta un movimiento de re-conceptualización de la Salud Mental que, articulando el padecimiento mental con la subjetividad individual y colectiva y los factores sociales de riesgo, revaloriza al sujeto inmerso en una trama de relaciones y en un contexto socio - histórico donde cobra especial sentido el fenómeno intra e intersubjetivo.

Tras un intenso debate de las/os actores involucradas/os del sector político, gremial, académico y de la sociedad civil organizada, finalmente en 1986 junto con la reapertura democrática se logra elaborar el Plan Nacional de Salud Mental que fuera aprobado por el Ministerio de Salud Pública.

---

<sup>7</sup> Informe del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior. Recuperado de: <https://www.teledoce.com/telemundo/policiales/en-2017-la-cifra-de-homicidios-aumento-56-en-uruguay/>. Fecha de consulta: 2/2/2018.

<sup>8</sup> Femicidios en Uruguay en 2017: ONU su "conmoción y total rechazo" (03 de febrero de 2017). Subrayado Periódico Online. Recuperado de: <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/63965/femicidios-en-uruguay-en-2017-onu-expresa-su-conmocion-y-total-rechazo>. Fecha de consulta: 2/2/2018.

A pesar de los esfuerzos de revisión de las prácticas en el campo de la Salud Mental en nuestro país, el atraso del sector no logra revertirse. En 1995, el informe de investigación de la organización Disability Rights International (MDRI), señala que para la mayoría de las personas, los servicios psiquiátricos en el Uruguay no elevan su autonomía ni alientan la reinserción a la comunidad. Este informe agregaba que el tratamiento resultaba impropio e innecesariamente peligroso, limitándose únicamente a la terapia somática en base a medicamentos psicotrópicos y terapia electroconvulsiva (MDRI, 1995).

En 2005 la propuesta programática del Frente Amplio, primer gobierno de izquierda en el país, hace énfasis en la necesidad de cambios en el sistema sanitario -eje que históricamente ha representado el centro de las reivindicaciones populares- y crea en 2007 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que compromete cambios en el modelo de atención asociados a cambios en el modelo de gestión y del financiamiento.

La “*vocación reformista*” (Garcé y Yaffé; 2005: 139) del primer gobierno de izquierda en el país, no se circunscribe sólo a la reforma del sistema sanitario, sino que éste es parte del conjunto de medidas de Reforma del Estado, que junto con la reforma tributaria, social y educativa, pretende lograr un mayor grado de equidad social.

En 2009 la coalición progresista nuevamente gana las elecciones nacionales planteándose profundizar el camino de las transformaciones en sintonía con los procesos de reforma de la salud de la región, y define las acciones en Salud Mental como programa prioritario de la agenda política nacional. El proceso retoma los lineamientos de la Declaración de Caracas de 1990 y de una secuencia de tratados internacionales que cuentan con el compromiso de los gobiernos de América Latina. En especial, el documento Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS; 2009) que hace recomendaciones concretas para generar cambios en el modelo de atención psiquiátrica.

De este documento, nos interesa el Área Estratégica N° 3, “Prestación de Servicios de Salud Mental”, centrados en la atención primaria de salud en relación al decreto N° 305/011 del Poder Ejecutivo de nuestro país “Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” (PIPSM-SNIS). Se trata de una disposición obliga a todas/os las/os prestadoras/es integrales del SNIS a hacer innovaciones en nuevas áreas de la atención a la Salud Mental, con aspiraciones de complementariedad de la gestión público-privada, con la expresa intención de disminuir “*la brecha significativa de necesidades terapéuticas de la población y los servicios a los que puede acceder para satisfacerlas*”.

Esta política propone un modelo de atención de carácter preventivo y promocional, en base a la estrategia de atención primaria, reorientando el gasto en salud hacia la justicia distributiva. El financiamiento del sistema se sostiene con los aportes provenientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA), producto de la contribución tanto del Estado como de empresas privadas en forma proporcional al personal a su cargo. También recibe el aporte de las/os trabajadoras/es.

## *Estudio de la implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental*

De lo expuesto parece justificado estudiar el proceso de implementación de las nuevas prestaciones en Salud Mental en el Uruguay progresista, no desde un enfoque economicista ni financiero, que muy oportuno sería, sino desde la perspectiva social con la esperanza de contribuir con nuevo conocimiento para comprender los procesos de ampliación de derechos a la salud que atraviesa nuestro país en el marco de las transformaciones emprendidas.

Asumiendo el desafío de revertir cierta tendencia a dejar invisibilizada la intervención del Trabajo Social y tratando de superar el modelo hegemónico en salud, esta investigación se propone contribuir al fortalecimiento de un área multidisciplinar fomentando la consolidación de una cultura organizacional de evaluación de las políticas que se desarrollen en ámbitos sensibles de la sociedad. Como ya se ha dicho, esta línea de acumulación se enmarca en el proceso de investigación continua que venimos desarrollando desde hace años, tanto en el ámbito académico como en el profesional y que fuera el tema seleccionado para realizar el trabajo de tesis en el marco del Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús en la Argentina<sup>9</sup>.

El diseño de este estudio se inscribe en la triangulación metodológica con énfasis cualitativo, de tipo descriptivo, exploratorio evaluativo e interpretativo relacional sobre la base de un muestreo teórico e intencional. Un diseño flexible que combinó referentes teóricos, fuentes de datos y procedimientos a efectos de una aproximación comprensiva al Plan de prestaciones en Salud Mental, seleccionado como objeto de estudio. Se realiza un relevamiento de fuentes secundarias relativas al marco legal y se revisan los determinantes históricos y contextuales que dan origen a esta política pública. En base al relevamiento cuantitativo, se trata de ordenar información heterogénea y dispersa, y se detallan los datos en cifras aportados por los efectores integrales al Ministerio de Salud Pública (MSP). Desde lo cualitativo, se indaga sobre la perspectiva de las/os distintas/os actores involucrados. Se toman como informantes calificados a los políticas/os y gestores, técnicas/os y académicas/os y con especial énfasis, a las/os usuarias/os organizados o no como sociedad civil. Las técnicas de recolección de información son múltiples: relevamiento documental, observación, entrevistas, encuesta y grupos focales. Las variables relevadas permiten hacer una aproximación descriptiva sobre el funcionamiento global del Plan: mecanismos de acceso y cobertura asistencial, accesibilidad por el arancel adicional cobrado a las/os usuarias/os, formación y supervisión del personal técnico, existencia de sistemas de registro y control de calidad de las prestaciones, etc. Los aspectos éticos se contemplan para todos los sujetos indagados.

---

<sup>9</sup> Una versión del trabajo de tesis fue seleccionada por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República para ser publicado en 2017. El mismo se encuentra referenciado en la Bibliografía bajo el título "Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista". El mismo se puede consultar en: [http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageld/1026#heading\\_6271](http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageld/1026#heading_6271).

Algunos resultados de ese estudio dan cuenta que se atribuyen diferentes significados al concepto de Salud Mental, conformando la premisa de que se trata de un concepto polisémico que no ha sido suficientemente discutido. En efecto, en todos los niveles relevados se observa que cada quien coloca allí lo que en general son cuadros patológicos psiquiátricos graves que de algún modo refuerzan el estigma existente en torno a la enfermedad mental. El sufrimiento así planteado o bien se naturaliza o es medicado junto a aquellos trastornos graves y persistentes. Tal como parece concebírsele, el sufrimiento sería un fenómeno individual propio de la civilización moderna como componente estructural, que confronta con toda conceptualización de bienestar colectivo, donde el sujeto parece no necesitar implicarse en su propio sufrimiento. Una mujer que había consultado en un servicio de salud nos decía: *“Yo vine para aclarar mi cabeza por lo que le pasa a mi familia”*. Planteaba una serie de problemas laborales y de rendimiento escolar de las/os hijas/os con conflictos en los vínculos familiares que al parecer no llegaban a ser violentos, motivados por la situación de estrés socioeconómico que estaban viviendo. Luego agregó: *“estoy nerviosa es cierto, sé que hablando si me ayudan yo me voy a ordenar, pero me pasaron al psiquiatra y me voy con un montón de medicamentos. No creo que esta sea la solución a nuestros problemas”*.

Sin duda, se sigue hablando de Salud Mental para hablar de enfermedad, del mismo modo que aún no se discrimina entre malestar y trastorno. Sin desconocer que existe la enfermedad mental, entendemos necesario reposicionar la categoría sufrimiento en el espectro de las desigualdades sociales discriminándolo del concepto de enfermedad. La desigualdad social tiene un componente relacional que nos interroga sobre los valores que sostiene el conjunto de la sociedad que demarca la frontera entre las/os incluidas/os y las/os excluidas/os.

El concepto central que plantea el PIPSM-SNIS se enmarca en la línea de la transformación social, dado que el fin explícito es disminuir las desigualdades de acceso a las prestaciones y elaborar programas que sean herramientas de transformación sanitaria capaces de fomentar el bienestar por mediación de vínculos saludables del sujeto consigo mismo, con las/os demás y con el espacio material y de convivencia social que lo contiene. Por tanto, una de las singularidades que distinguen a esta política, cualquiera fuere el espacio de las prácticas, se orienta a la promoción del desarrollo social y la universalización de los derechos a la salud y a la Salud Mental como uno de sus componentes centrales.

## ***Sobre el funcionamiento global del PIPSM-SNIS***

Según nuestro relevamiento, el vacío legal en el campo de la Salud Mental en nuestro país -hasta 2011 en que se aprueba el decreto del PIPSM-SNIS- se remonta a principios del siglo XX. Nos referimos a la Ley N° 9.581 de “Asistencia a Psicópatas” que en 1936 crea la Inspección General de Psicópatas; la Ley N° 11.139 de 1948 que crea la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata; la Ley N° 13.711 de 1969 que dispone que el Patronato del Psicópata lleve el Registro del Retardo Mental y otras invalideces. Ya el nombre de estas leyes y la expresión “psicópatas”

nos habla de su obsolescencia. No obstante, es posible rescatar alguna que nos parece de avanzada para la época, como la Ley N° 11.139 que en 1948 señalaba la importancia de “asesorar y apoyar al enfermo mental a reintegrarse a la sociedad e incorporar a los familiares” en el marco de las intervenciones. En el área de la reinserción social promovía fundar un “Hogar Taller” para la realización de actividades remuneradas adecuadas a sus posibilidades. Esta ley aún tendría vigencia si se hubiera actualizado jurídicamente, pero luego le siguieron siete décadas de omisión legal por más que han existido valiosas experiencias aisladas, fundamentalmente en el sector público, que podrían haber estimulado a legislar en este campo. Recién a fines de 2017, el parlamento nacional aprueba la Ley N° 19.529 de Salud Mental en el Uruguay.

El estancamiento también queda expresado en el sector privado mutual, que hasta 2011 sólo ofrecía en forma ambulatoria consulta psiquiátrica, medicación y de requerirse un máximo de 30 días de internación psiquiátrica al año. Las restricciones en el tiempo de internación no se revierten hasta la promulgación de la Ley de Salud Mental de 2017 que, además, prevé para 2025 el cierre de los establecimientos manicomiales. Hasta la actualidad ha sido el sector público el que, a pesar de las grandes dificultades, ha cargado con la responsabilidad de admitir el ingreso gratuito de las/os afiliadas/os privadas/os a los programas de rehabilitación psicosocial, y de ingresar al Hospital Vilardebó<sup>10</sup> los casos de las/os internadas/os que superan los 30 días anuales de cobertura mutual.

A partir de la puesta en marcha del PIPSM-SNIS, el sector público ha replicado en distintos puntos del país, equipos de Salud Mental Comunitaria que se habían comenzado a implementar desde 1996, y las internaciones ahora se hacen en los hospitales generales departamentales del interior del país. Por su parte, las prestadoras privadas, que ahora están obligadas a ampliar la oferta asistencial, disputan la migración de afiliadas/os desde una a otra institución, mediante campañas publicitarias y páginas de internet en las cuales se ofrecen innovadoras prestaciones en Salud Mental, como si fueran iniciativas propias de las empresas, sin aclarar que en realidad es mandato legal.

Desde la perspectiva política, consideramos que el PIPSM-SNIS ha sido un avance en el derecho a la salud de la población y es interesante ver cómo paulatinamente se va articulando a nivel intersectorial con otras disposiciones, como la Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad; la Ley de interrupción voluntaria del embarazo; una serie de disposiciones legales contra la violencia de género; la lucha contra el narcotráfico a través de la legalización de la marihuana, entre otras tantas, que le han dado notoriedad internacional al país.

El Plan, a nuestro entender, contempla en gran medida las áreas que le darían viabilidad y sustentabilidad al sistema, estableciendo la forma de funcionamiento global, los derechos y

---

<sup>10</sup> El Hospital Vilardebó se ubica en Montevideo, siendo el único hospital psiquiátrico de agudos estatal y las personas con enfermedad mental crónica históricamente han sido internadas en las Colonias Satín Carlos Rossi y Bernardo Etchepare ubicadas en Santa Lucía en el departamento de Canelones. Hasta hace una década atrás recibían las internaciones derivadas desde el interior del país. Las condiciones asistenciales de estos centros han sido denunciadas reiteradamente por organismos nacionales e internacionales por ser violatorias de los derechos humanos. La Ley de Salud Mental fija el 2025 como fecha tope para el cierre definitivo de estos centros.

obligaciones de las/os usuarias/os, la conformación de los equipos y la forma de contratación de las/os trabajadoras, el mecanismo de financiamiento a través del FONASA a que están sujetas las instituciones, etc.

No obstante, existirían disparidades en la distribución de cápitales: según lo asegura públicamente el director del Programa de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el incremento presupuestal prometido para el sector público no se habría efectivizado, siendo que allí, desde hace años ya se vienen procesando estos cambios en la atención.

*“Hoy por hoy tenemos muchos problemas. Uno bien claro, que todo el mundo reconoce, es el impacto que ha tenido el tema de las prestaciones en salud mental. Desde el lado de ASSE ha sido un impacto muy negativo por dos grandes razones. Primero, no nos aportó un solo centésimo, sino que nos quitó plata. Segundo, no nos dieron los recursos humanos que necesitábamos para cumplir con esas prestaciones. Por lo tanto, aumentaron considerablemente las demandas en nuestros recursos humanos en el primer nivel, llevando al agotamiento, al enojo, a la rabia, a todos esos sentimientos complejos” (Periódico El Observador, 2013)<sup>11</sup>.*

Por su parte, el sector mutual que recibe una cápita por cada afiliada/o sean o no usuarias/os de servicios de Salud Mental, ha trasladado su lógica de gestión desde los principios de organización solidaria sin fines de lucro en que antiguamente se basaba, a la lógica empresarial de minimizar gastos e incrementar el capital. Entendemos que esto conspira contra la “vocación reformista” (Garcé y Yaffé; 2005: 139) de las nuevas políticas, ya que estas instituciones, al parecer pretenden seguir sosteniendo esta última ecuación, cumpliendo mínimamente con los requerimientos exigidos por el MSP en la medida que éste fuera capaz de sanear sus estados contables.

Desde el punto de vista de las prácticas, el PIPSM-SNIS parece estar bien formulado como sistema de atención integral a la Salud Mental. De algún modo, propone poner en marcha a nivel nacional acciones concretas de prevención y cuidado de la salud de probada eficacia como la psicoterapia y los abordajes psicosociales, que ya se venían desarrollando de una u otra forma en algunos servicios públicos y han sido evaluados empíricamente por la experiencia universitaria<sup>12</sup>. El procedimiento establecido para solicitar consulta en el marco de este Plan supone una evaluación primaria por parte del Comité de Recepción conformado por psiquiatra, psicóloga/o y

---

<sup>11</sup> ASSE sufre el “impacto negativo” del plan de Salud Mental oficial (19 de agosto de 2013). Periódico online El Observador. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/257858/asse-sufre-el-impacto-negativo-del-plan-de-salud-mental-oficial/>. Fecha de consulta: 2/10/2013.

<sup>12</sup> Entre otras, hacemos mención concretamente a la acumulación académica realizada por el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Udelar, experiencia de más de 30 años de desarrollo acompañada por un proceso de investigación continua que ha sido difundida en congresos nacionales e internacionales y en varias publicaciones como el libro *El Programa de psicoterapia del Hospital de Clínicas*, disponible online que se encuentra referenciado en la Bibliografía.

trabajadora/or social, que cuenta con hasta 30 días para recibir a la/el interesada/o. De resultar una derivación a tratamiento de dicha evaluación, y si quien demanda se encuentra comprendida/o en la población objetivo (niñas/os y jóvenes de hasta 25 años, intento de eliminación reciente, abuso de sustancias, y personal de la salud y de la educación) ésta deberá concretarse antes de los 30 días.

La derivación que resulte podrá efectivizarse a través de lo que se ha dado en llamar Modos de Atención.

En el Modo 1 el tratamiento es grupal de unas 16 sesiones y totalmente gratuito. Pueden integrar estos grupos familiares de personas adictas a la cocaína o a la pasta base, familiares de usuarias/os que tengan diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar grave, las personas que hayan sufrido una muerte cercana de forma repentina, las/os familiares de usuarios con antecedentes recientes de intento de autoeliminación, las personas en situación de violencia doméstica, las/os trabajadores de enseñanza Primaria y Secundaria que consulten por un tema vinculado a su trabajo y el personal de la salud.

El Modo 2 con un costo de consulta adicional sensiblemente mayor que el del resto de las nuevas prestaciones, incluye atención individual, familiar o de pareja, con un tope de unas 48 sesiones de las cuales se pueden beneficiar personas con intentos de suicidio, adolescentes y jóvenes entre 15 y 25 años, docentes que trabajen en el sistema educativo y trabajadoras/es de la salud cuya problemática no esté directamente vinculada al desempeño de funciones laborales.

Por último, el Modo 3 debe asegurar atención individual o grupal hasta 48 sesiones, pero puede renovarse hasta 144 sesiones. Esta psicoterapia tiene un costo menor y está prevista para personas que tienen consumo problemático de cocaína y pasta base, y las que presentan trastornos mentales severos y persistentes, como esquizofrenia o trastorno bipolar.

Según los datos que hemos recabado a través de la Dirección de Salud Mental de ASSE, desde la aprobación del paquete de nuevas prestaciones que se deben ofrecer se han creado Unidades de Salud Mental en todos los efectores del país y se ha designado al menos un coordinador en cada una de ellas. En la mayoría, además, se habrían nombrado referentes para las problemáticas de riesgo suicida, uso problemático de drogas y violencia doméstica. En algunas instituciones se pusieron en marcha dispositivos grupales, incorporado actividades de rehabilitación psicosocial para las personas con trastornos graves y persistentes.

Siguiendo la misma línea de información, en general, los servicios privados se limitaron a cumplir mínimamente con las prestaciones exigidas, como disponer de medicación antipsicótica, designar un/a Coordinador/a y al menos un/a Referente según problemática, crear algún tipo de dispositivo al que llaman de Recepción, aunque poco se informa sobre la integración y funcionamiento de los equipos. En algunas instituciones, se implementa un dispositivo psicoterapéutico grupal.

En estos casos, por lo general se redistribuye en el nuevo organigrama a las/os psiquiatras, se emplean en forma tercerizada o en calidad de contrato temporario a las/os psicólogas/os y se contrata algún/a trabajadora/or social a quien se le exige que intervenga en otras áreas de

atención en que por ley deben integrar los equipos, como ser en los casos de interrupción voluntaria del embarazo o en las situaciones de violencia doméstica. Estos servicios se remiten a enviar las planillas informando sobre las intervenciones realizadas mensualmente, con datos sobre número de consultas, lista de espera y otros ítems requeridos en el formulario del MSP. Según los jefes del organismo, estas planillas se han sistematizado hasta 2013 y son a las que hemos accedido. En general, son de cuestionable calidad, se presentan sólo con datos cuantitativos muchas veces contradictorios, como por ejemplo cuando, al informar la cantidad y calidad de los contratos de técnicos, no se informa si se trata de personal de planta o de contratos flexibles, por lo cual finalmente se hace difícil correlacionar esta información con el número de horas-técnico reportado. Igualmente estos informes reflejan grandes inequidades en las condiciones de trabajo de las/os distintas/os técnicas/os, confusa información sobre las prestaciones efectivamente realizadas y escasas innovaciones incorporadas.

El relevamiento de los actores académicos indica coincidencia en la idea de que estas reformas políticas estructurales, requieren de la formación de recursos humanos especializados en este tipo de prácticas, ya sea a través de posgrados o creando carreras nuevas, lo que parece más difícil de realizar. Es recomendación del colectivo académico consultado, jerarquizar el desarrollo de la investigación clínica e investigaciones psicosociales del más alto nivel e incentivar proyectos de diseño evaluativo, fomentar la interdisciplinariedad y la gestión de programas de cuidados con participación organizada de la comunidad.

También las/os operadoras/es técnicas/os aseguran que existen déficits en la formación para el desempeño en el primer nivel de atención y sobre planificación y evaluación de programas, lo que permitiría que no se reproduzca allí el modelo médico hospitalario o el de la práctica privada de consultorio, sino desarrollar esa forma particular de hacer que habilita la comunidad.

Las/os profesionales de la Salud Mental expresan estar desorientadas/os en medio de una intersección disciplinaria en tensión permanente, sin mucho respaldo profesional para operar en escenarios con múltiples problemas sociales donde convergen distintos intereses a los cuales responden las/os diferentes actores del sistema.

El desempeño profesional tradicional de psiquiatras y psicólogas/os en el Uruguay ha sido el ejercicio libre de la profesión. Quienes fueron indagados se manifiestan incómodas/os por las presiones institucionales. Las/os psiquiatras aseguran sentir que trabajan en soledad y que se sienten amenazadas/os de perder espacios en la gerencia de los equipos. También dicen estar molestas/os al tener que cumplir con reglamentos y aceptar los controles administrativos de las instituciones. Las exigencias en cuanto a la productividad (número de consultas por hora de trabajo) les generan cuestionamientos metodológicos y también éticos. El ámbito comunitario donde se hace más presente el activismo de los movimientos sociales, parece resultar incómodo al perder el resguardo del ámbito hospitalario que protege las prácticas médicas.

Por su parte, las/os psicólogas/os que mayoritariamente se han dedicado a la clínica privada en forma exclusiva, tienen por primera vez la alternativa de desempeñarse como trabajadoras/es formales en las instituciones de salud, lo que a pesar de las inequidades salariales, de la

precariedad de los contratos y de la flexibilización laboral, les permite acceder a cargos relativamente estables como históricamente han tenido otras/os técnicas/os (del campo de la medicina, de la enfermería, del trabajo social, etc.).

Para el caso de las/os trabajadoras sociales se asiste a una inédita demanda a la disciplina, tanto desde la comunidad profesional como desde la sociedad civil, que reclaman su intervención en áreas -problemas de la Salud Mental tanto desde el espectro sanitario como desde otros ámbitos de la acción social. Concretamente en el marco de la reforma promovida por SNIS a partir de la declaración del Programa Nacional de Salud Mental como uno de los prioritarios de la agenda política, se incorpora por ley al Trabajo Social a los equipos básicos. En efecto, a partir de 2011 con el decreto del PINPSM se ha creado un centenar de centros públicos de atención especializada en todo el país con integración de trabajadoras/es sociales.

El sector privado contemplado por este decreto, también debe incorporar en sus equipos a estas/os profesionales. En consecuencia, la demanda de contratación a la disciplina es muy amplia, y las respuestas suelen ser improvisadas y subordinadas a categorías médicas o psicológicas organizadas en clasificaciones psicopatológicas. Estas/os técnicas/os se enfrentan, poniendo en riesgo su propia salud, a un área de trabajo muy compleja con escaso respaldo teórico-metodológico desde la especificidad disciplinar, que en el Uruguay demora la construcción de herramientas en el desempeño en esta área.

El Trabajo Social mantiene una deuda histórica en la innovación de conocimientos disciplinares en Salud Mental, ya que desde nuestra perspectiva, el componente social y en especial la cuestión social resultan decisivos en los procesos de atención de la salud-enfermedad. En general, las/os trabajadoras/es sociales del campo de la Salud Mental en nuestro país, son profesionales mujeres, multidemandadas no sólo por su condición de género sino porque los servicios de salud las ocupan en lo que se ha dado en llamar la nueva agenda de derechos que conlleva muy variados ámbitos del quehacer. Como ya se ha dicho, en los últimos años en varias políticas públicas se exige la integración de las/os trabajadoras/es sociales al equipo básico. Suele suceder que en las instituciones tienen que participar no sólo en el área de Salud Mental, sino también en salud sexual y reproductiva, en drogodependencia, en el tratamiento de enfermedades crónicas tales como las diálisis. Se espera de ellas/os la “resolución” de problemas puntuales más vinculados a dificultades de la institución que de los propios sujetos implicados, y no una intervención integral que promueva su desarrollo y fomente su bienestar. El desempeño en el primer nivel de atención en salud de la disciplina se realiza en condiciones muy precarias, según nos señalaba una trabajadora social de un servicio de Salud Mental comunitaria público: *“Han pasado muchos (políticos) con discursos muy lindos, pero nosotros seguimos con un tenedor y una cuchara trabajando como podemos; tratando de hacer lo que podemos, con los recursos que podemos, en el entorno que podemos, cuidándonos lo mejor que podemos”*.

Desde la perspectiva de las/os usuarias/os, paradójicamente más allá de los discursos por la desinstitutionalización y el cierre del manicomio, se advierten insistentes reclamos al Estado para

que aumente su atención hacia la problemática de los trastornos graves y persistentes y que obligue a las/os prestadores del sector privado a ampliar los días de internación psiquiátrica.

A nivel de las/os usuarios organizados en la sociedad civil indagados, se registra un gran desconocimiento sobre el catálogo de prestaciones en Salud Mental contenido en el PIPSM-SNIS. Se muestran muy sensibilizadas/os por los problemas en la esfera psiquiátrica, en especial por la situación de las personas con trastornos graves. Sus reclamos parecerían no haber alcanzado un nivel propositivo actualizado en los fundamentos que reivindican los tratamientos combinados de medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial y todo el espectro de intervenciones comunitarias de probada eficacia para la población. Aseguran que el desconocimiento de las normativas es la causa del progresivo deterioro en la calidad de la participación de estas/os representantes en las decisiones políticas y de gestión, aunque dejan de funcionar las Comisiones de Salud Mental de los movimientos de usuarias/os. Afirman que en los mecanismos de participación creados por ley a nivel de los Consejos Consultivos no son escuchadas/os y tienen poca incidencia en las decisiones y menor consideración en la determinación de los lineamientos de gestión del Plan. En consecuencia, se movilizan agrupaciones en forma autónoma que reivindican sus demandas específicas en forma desmembrada por fuera de los movimientos organizados. Por lo general se trata de familiares de personas con trastorno mental severo nucleadas a partir de los servicios psiquiátricos.

Para las/os usuarias/os no organizadas/os, ya sean del sector público o privado, los cambios operados aún no serían observables o al menos medianamente visibles, y manifiestan estar decepcionadas/os y con altos índices de desconformidad. Aducen que el funcionamiento del SNIS se sostiene gracias a la reforma tributaria realizada en el país y que la misma recibe los aportes de quienes tienen ingresos formales, lo que hace que muchas/os hablen de un impuesto solapado al trabajo o a la clase media.

Esta inversión de esfuerzos que está haciendo la población uruguaya para mejorar la atención de la Salud Mental en el país, tiene como contrapartida un alto nivel de exigencias al SNIS y todo lo que se coloca en esa gran bolsa que es la Salud Mental se espera que sea absorbido a nivel del Plan de prestaciones, siendo por ejemplo como ya se ha dicho, que la población objetivo comprendida sólo comprende a usuarias/os expuestas/os a riesgo, a menores de 25 años y a trabajadoras/es de la salud y la educación.

## *Para terminar*

Ante todo nos interesa subrayar que, según nuestro relevamiento, desde la implementación de prestaciones en Salud Mental en 2011 en el Uruguay, se ha recorrido un camino que, atravesado por períodos de avances y otros de retroceso, creemos que no volverá a retomar los viejos modelos de atención. Esto se evidencia en cierto consenso entre las/os distintos actores relevados, sobre que la Salud Mental constituye un área prioritaria que compromete los Derechos Humanos esenciales para el desarrollo social del país.

No obstante, el estudio arroja una serie de cuestionamientos y resistencias a las nuevas disposiciones producto de cierta decepción que indicaría que el impacto esperado de este Plan, sería desproporcionado con el alcance de sus propósitos. El alto nivel de exigencias que se realiza al PIPSM y al SNIS, podría estar asociado a la gran inversión de esfuerzos que está haciendo la población uruguaya para mejorar la atención de la Salud Mental en el país.

En efecto, el PIPSM-SNIS no tiene el alcance de una Ley de Salud Mental ni se propone realizar una reforma del sector psiquiátrico. En realidad, deja intacto el sistema preexistente (predominio de las decisiones mayoritariamente psiquiátricas, cobertura parcial a nivel de las/os prestadoras/es privadas/os, acciones improvisadas en el primer nivel de atención, etc.) y sólo obliga a adicionar un conjunto de prestaciones básicas de prevención y cuidado de la Salud Mental en el primer nivel de atención. En sí mismo no constituiría un proceso de reforma de la matriz de bienestar, más bien sería una reorientación de las prioridades políticas en un escenario en frágil equilibrio donde coexisten distintos modelos de financiamiento, tercerizaciones, privatizaciones y coparticipación público-privado. En esa compleja arquitectura se anexan nuevas prestaciones en Salud Mental como política focalizada.

El impacto de estas políticas se encuentra subordinado a las tensiones permanentes entre diferentes grupos de intereses contrapuestos que disputan los beneficios derivados de los procesos de mercantilización, movilizándolo enormes réditos económicos sectoriales propios del capitalismo avanzado. Como es sabido, aunque de expreso no han sido considerados en nuestro estudio, en este escenario operan agentes poderosos cuyo protagonismo no desconocemos (clínicas privadas, casas de salud, la industria farmacológica, etc.) creando barreras en el acceso de las/os usuarias/os a las prestaciones; inequidades salariales y competencia desenfadada en el campo ocupacional, entre otras tantas dificultades en pugna.

Por lo expuesto, podríamos decir que la lógica de mercado del modelo de capitalismo progresista no logra corregir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y tampoco logra concretar con efectividad la tan mentada complementariedad público-privada. Las fragilidades que reiteradamente ha evidenciado el sistema de salud, parecen requerir de la generación de una nueva matriz de políticas públicas con funciones integrativas y redistributivas más que reproducir y profundizar el carácter segmentado y excluyente de nuestra sociedad.

Dentro de esta lógica liberal, el imaginario colectivo parece no advertir el estado de deterioro en la convivencia social. Para la población, los accidentes de tránsito, los suicidios y los homicidios, son sucesos de la vida privada que parecen quedar reducidos al comentario de prensa en un proceso que poco a poco va desdibujando los conflictos. Estos procesos de deterioro no sólo afectan a los sujetos desvaneciendo los conflictos y enmascarándolos como desviaciones individuales sino que, paradójicamente, reclaman la intervención profesional en los espacios siempre conflictivos de las instituciones de salud.

La “vocación reformista” parece estar frenada por cierta tendencia conservadora del modo de ser uruguayo aferrado al “mejor malo conocido que bueno por conocer” que pareciera poner mucha prudencia a los procesos de cambio social. Este modo uruguayo puede ser que perturbe la

oportunidad que ofrece el Plan de dar un salto cualitativo en las prácticas y formas de hacer profesional. En especial, para las/os trabajadoras/es sociales, sería una inmejorable oportunidad para destacar las categorías sociales implicadas en este campo complejo de intervención, de modo de comenzar a imprimir autoridad técnica profesional en los procesos de atención. Tal vez así, podríamos superar la subordinación al modelo hegemónico en salud, dejar de ocuparnos de lo anecdótico y del mero control organizacional que burocratiza las prácticas a riesgo de volvernos cómplices de un sistema que en lugar de “disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales”, las profundice.

Estas innovaciones que realiza el Uruguay no son las únicas de la región en la materia, son acciones geopolíticas que surgen de los acuerdos que a partir del Encuentro de Caracas de 1990 se vienen incentivando en el sector desde los organismos internacionales. En esta encrucijada el sistema de prestaciones uruguayo queda interpelado. Necesariamente tendrá que acompañar los procesos regionales y ampliar la cobertura de modo de alcanzar una franja de población mayor. También tendrán que optimizarse las intervenciones, de modo de garantizar una oferta asistencial capaz de sustituir las estructuras monovalentes, cuando en 2025 -como dispone la Ley de Salud Mental recientemente sancionada- se cierren definitivamente las estructuras asilares.

Digamos, finalmente, que estos comentarios no son estrictamente producto del estudio que hoy compartimos, sino que han ido decantando con el paso del tiempo y creemos que justifican escribir esta comunicación. Tratamos de actualizar algunas reflexiones recogidas a través de una larga trayectoria de investigación en Salud Mental que hoy, una vez más, se nos permite profundizar gracias al apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (Proyecto I+D FCS-CSIC-UdelaR 2016-2019). Reflexiones que se exponen con la esperanza de intercambiar saberes y preocupaciones con el colectivo de trabajadoras/es de la Salud Mental, para intentar contribuir al proceso de transformaciones en la atención a la salud, que nuestro continente castigado reclama con urgencia.

## Bibliografía

**Augsburger Cecilia y Gerlero, Sandra** (2005): “La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en Salud Mental”. En *Kairos*. Revista de Temas sociales. Año 9 – N° 15. Universidad Nacional de San Luis. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>. Fecha de consulta: 8/2/2018.

**ASSE** sufre el “**impacto negativo**” del plan de Salud Mental oficial” (19 de agosto de 2013). Periódico online El Observador. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/noticia/257858/asse-sufre-el-impacto-negativo-del-plan-de-salud-mental-oficial/>. Fecha de consulta: 2/10/2013.

**De Lellis, Martin y Di Nella, Yago** (2007): La perspectiva de Derechos Humanos en el campo de la Salud Mental. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Recuperado de:

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/fichas/derechos\\_humanos.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/derechos_humanos.pdf). Fecha de consulta: 18/10/2013.

DSM-IV (2001): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Recuperado de: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv.html>. Fecha de consulta 15/2/2018.

**Femicidios en Uruguay en 2017: ONU su “conmoción y total rechazo”** (03 de febrero de 2017). Subrayado Periódico Online. Recuperado de: <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/63965/femicidios-en-uruguay-en-2017-onu-expresa-su-conmocion-y-total-rechazo>. Fecha de consulta: 2/2/2018.

**Fernández Castrillo, Beatriz** (2017): Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista. CSIC-Facultad de Ciencias Sociales. Udelar. Biblioteca Plural CSIC-Udelar N° 20. Uruguay. Recuperado de: [http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageId/1026#heading\\_6271](http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageId/1026#heading_6271). Fecha de consulta: 08/02/2018.

**Fernández Castrillo, B.; Gerpe, C. y Villalba, L.** (2010): El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas. Ediciones CSIC-Udelar. Republica del Uruguay. Recuperado de: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6315/1/libro\\_el\\_programa\\_de\\_psicoterapia\\_del\\_hospital\\_de\\_clinicas.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6315/1/libro_el_programa_de_psicoterapia_del_hospital_de_clinicas.pdf). Fecha de consulta: 8/2/2018.

**Fernández Castrillo, Beatriz** (2009): Complejidad social y salud mental. Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica CSIC, Udelar. Uruguay.

**Garcé, Adolfo y Yaffé Jaime** (2005): La era progresista. Editorial Fin de Siglo, Montevideo.

**Granda, Edmundo** (2004): ¿A qué llamamos salud colectiva hoy?, en *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 30, N°2. Abril-junio. Sociedad Cubana de Administración de Salud. Recuperado de: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>. Fecha de consulta: 8/2/2018.

**Informe anual 2018.** Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV). Recuperado de: [http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0/Informe+Preliminar+de+Siniestralidad+Vial+1+al+14+ENE+2018.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0](http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0/Informe+Preliminar+de+Siniestralidad+Vial+1+al+14+ENE+2018.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=3dff4e99-5a1e-46d1-9f68-b30a1ff527b0). Fecha de consulta: 2/2/2018.

**Informe anual 2016.** Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV). Recuperado de: [http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc/Informe+de+Siniestralidad+Vial+Anual+2016.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc](http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc/Informe+de+Siniestralidad+Vial+Anual+2016.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=5b95677a-a35c-4eff-aac5-975bef5e6afc). Fecha de consulta: 2/2/2018.

**Informe anual 2012.** Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV). Recuperado de: [http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4/InformeSiniestralidadVialUruguay\\_2012.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4](http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/unasev/351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4/InformeSiniestralidadVialUruguay_2012.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=351630e0-fecf-42ec-a3c6-a2468955e0f4). Fecha de consulta: 2/2/2018.

**Larrobla, Cristina, Hein, Pablo, Novoa, Gabriela y otros** (comp.) (2017): 70 años de suicidio en el Uruguay, 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Colección Art.2 CSIC. Udelar. Recuperado de:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf>. Fecha de consulta: 8/2/2018.

**Mental Disability Rights Internacional (MDRI)** (1995): Proyecto Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay, Center for Human Rights & Humanitarian Law, Washington, D.C.

**Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad.** Ministerio del Interior Uruguay. Recuperado de: [https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/pdf/sem\\_1.pdf](https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/pdf/sem_1.pdf). Fecha de consulta: 2/2/2018.

**Organización Panamericana de la Salud** (2009): Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC. Recuperado de: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf). Fecha de consulta: 8/2/2018.

------(2011): Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2011. Disponible en <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/indicadores/IndicadoresAmerica/IB2011.pdf>. Fecha de consulta: 8/2/2018.

## Leyes consultadas

Ley N° 9.581 de "Asistencia a Psicópatas". Inspección General de Psicópatas. Republica del Uruguay. Año 1936. Recuperado de: [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT\\_CAT\\_ADR\\_URY\\_16\\_764\\_S.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT_CAT_ADR_URY_16_764_S.pdf). Fecha de consulta: 8/2/2018.

Ley 11.139 Patronato del Psicópata. Año 1948. Republica del Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2939379.htm>. Fecha de consulta: 08/02/2018.

Ley N° 13.711 Registro del Retardo Mental. Año 1969. Republica del Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6675351.htm> Fecha de consulta 8/2/2018.

Ley N° 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Año 2007. Republica del Uruguay. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1800471.htm>. Fecha de consulta: 8/2/2018.

Ley 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad. Año 2010. Republica del Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010/91>. Fecha de consulta: 8/2/2018.

Ley N° 19.529 de Salud Mental. Año 2017. Republica del Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>. Fecha de consulta: 01/02/2018.

## Cita recomendada

**Fernández Castrillo, Beatriz (2018).** «La encrucijada de la Salud Mental en el Uruguay progresista» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 29-49 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19939>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

## Sobre la autora

### Beatriz Fernández Castrillo

Uruguaya. Investigadora Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación SNI-ANII. Doctora en Salud Mental Comunitaria UNLa, Argentina. Magíster en Salud Mental, UdelaR y Licenciada en Trabajo Social FCS-UdelaR, Uruguay. Docente del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República DTS-FCS-UdelaR. Proyectos I+D 2016-2019 Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República CSIC-UdelaR. Correo electrónico: [beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy](mailto:beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy)