

## Artículos seleccionados

# Salud Pública y la salud de la República: el caso de las políticas de nuevas prestaciones en salud mental en el Uruguay progresista.

**Beatriz Fernández Castrillo\***

Fecha de recepción: 17 de marzo de 2014  
Fecha de aceptación: 28 de abril de 2014  
Correspondencia a: Fernández Castrillo Beatriz  
Correo electrónico: [beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy](mailto:beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy)

\*. Magister Salud Mental Universidad de la República del Uruguay. Doctoranda Salud Mental Comunitaria Universidad Nacional de Lanús - Argentina. Departamento de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de la República.

### Resumen:

Este trabajo pretende revisar las políticas públicas en el marco de la Reforma del Estado procesada por el gobierno progresista uruguayo, a través de las transformaciones incentivadas en el Sistema Nacional Integrado de Salud en el escenario del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, que desde 2011 debe realizar obligatoriamente tanto en el sector público como privado. Se plantean algunos resultados preliminares de una investigación en curso, basada en la triangulación metodológica con énfasis en la metodología cualitativa. Se realiza una breve reseña histórica para observar el impacto reformista de las políticas públicas del Uruguay progresista. Se exploran algunos resultados respecto a la implementación de la política de Salud Mental, considerada prioritaria en la agenda política del país. Se expone el debate teórico actual

sobre bienestar social, conjugándolo con algunos datos relevados a nivel del Estado y de la ciudadanía. Dentro de la lógica de mercado, estos procesos tienen efectos sobre los sujetos ya que desvanecen los conflictos sociales y los transforman en disfunciones individuales, para reclamar la intervención profesional como agente mediador entre los grupo de intereses corporativos. La problematización de las inequidades, interpela al Trabajo Social a asumir un rol de crítica y de propuesta en el terreno de las políticas públicas. Aún, su intervención sigue relegada al terreno asistencial cuando no asistencialista. Finalmente se propone el intercambio con colegas preocupados por la inserción de nuestra disciplina en el marco de las estrategias de desarrollo, y de la reorientación política que se está procesando en la región.

**Palabras clave:** Políticas públicas - Reforma del Estado - Salud Mental y Trabajo Social.

#### Resumo

*Este artigo tem por objetivo revisar as políticas públicas no marco da Reforma do Estado processada pelo governo progressista uruguaio, através das transformações incentivadas no Sistema Nacional Integrado de Saúde no palco do Plano de Implementação de Prestações em Saúde Mental que desde 2011 deve realizar obrigatoriamente tanto no sector público como privado. Propõem-se alguns resultados preliminares de uma investigação em curso baseada na triangulação metodológica com ênfase na metodologia qualitativa. Realiza-se uma breve reseña histórica para observar o impacto reformista das políticas públicas do Uruguai progressista. Exploram-se alguns resultados com respeito à implementação da política de Saúde Mental considerada uma prioridade na agenda política do país. Expõe-se o debate teórico actual sobre bem-estar social, conjugándolo com alguns dados relevados a nível do Estado e da cidadania. Dentro da lógica de mercado, estes processos têm efeitos sobre os sujeitos já que desvanecem os conflitos sociais e transformam-nos em disfunciones individuais para reclamar a intervenção profissional como agente mediador entre os grupo de interesses corporativos. A problematização das inequidades, interpela ao Trabalho Social a assumir um papel de crítica e proposta no terreno das políticas públicas. Que ainda, sua intervenção segue relegada ao terreno asistencial quando não asistencialista. Finalmente propõe-se o intercâmbio com colegas preocupados pela inserção de nossa disciplina no marco das estratégias de desenvolvimento e da reorientação política que se está a processar na região.*

*Palabras chave:* Políticas públicas, reforma do Estado Saúde Mental, Trabalho Social.

## Escenarios y controversias de las políticas de Salud Mental en el Uruguay progresista.<sup>13</sup>

*Las utopías no son; pronósticos ni proyecciones de datos ni resultados de encuestas. Ni siquiera presagios; más bien son destellos de la imaginación, aspiraciones casi inverosímiles que sin embargo llevan en sí mismas el germen de lo posible.*

*Una generación sin utopías será siempre una generación atascada (aunque tenga la obsesión de la velocidad) e inmóvil (aunque se agite sin cesar).*

UTOPLAS: Mario Benedetti, Uruguay.

## Introducción<sup>1</sup>

El concepto de Salud y Salud Mental en el debate epidemiológico, tiene su correlato en el terreno de las políticas públicas. A continuación se pretende historizar sobre el sistema de protección social de cuidado y restauración de la salud mental en el Uruguay, que como en la mayoría de los países del continente, se inicia con los enfoques tradicionales de prácticas asilares y de cautiverio, para evolucionar en algunos casos, hacia conceptualizaciones impregnadas por el pensamiento social, más vinculadas a los derechos humanos y la dignificación de la Salud Mental.

Esa vieja deferencia conceptual parece mantener enfrentadas distintas posiciones, sin que haya consenso mínimo posible, por eso entendemos que el debate sigue vigente y es válido reanudar la discusión en el marco de la Reforma del Estado propuesta por el primer gobierno de izquierda uruguayo que asumiera en 2005. Entre otras políticas, la agenda programática del nuevo gobierno se centra en cambios en el modelo de atención, gestión y financiamiento de la salud, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. El Frente Amplio vuelve a ganar las elecciones en 2009 y se propone profundizar los cambios bajo las directrices de organismos internacionales, y acompañando los procesos incentivados por otros países de la región, declara prioritario el Programa Nacional de Salud Mental en la agenda política de nuestro país. El proceso de implementación de estas reformas polariza la controversia, y existen suficientes indicios que ponen en riesgo la viabilidad futura de esta ingeniería de bienestar propuesta por el gobierno progresista, al menos en lo que hace a las innovaciones en Salud Mental.

A la luz del debate teórico actual sobre desarrollo y bienestar social, intentamos conjugar algunos datos relevados a nivel del Estado y de la ciudadanía, desde la lógica de mercado predominante, para dar cuenta que la profundización de las des-

igualdades sociales que se pretende combatir con las nuevas políticas, tiene efectos sobre los sujetos. El modelo desvanece los conflictos sociales y los transforma en disfunciones individuales para reclamar la intervención profesional como agente mediador entre los grupos de intereses corporativos.

Para terminar se realizan algunos comentarios, procurando remarcar la relevancia de reconocer en cada fase del conocimiento, la dimensión social y la subjetividad, como componentes propios de la condición humana. La problematización de las inequidades, interpela al Trabajo Social a asumir un rol de crítica y propuesta en el terreno de las políticas públicas, aunque aún, su intervención sigue relegada al terreno asistencial cuando no asistencialista. Finalmente se propone el intercambio con colegas preocupados por la inserción de nuestra disciplina en el marco de las estrategias de desarrollo y de la reorientación política que se está procesando en la región.

## El escenario histórico social del sector de la Salud Mental en el Uruguay

Como en el resto de la región, el sistema público de salud mental uruguayo históricamente se ha asentado en la estrategia de grandes instituciones de internación psiquiátrica. La primera institución especializada en la internación de enfermos mentales fue el llamado “Asilo de Dementes” que se crea en 1879 con 348 camas. Un año después se inaugura el Hospital Vilardebó con 700 cupos, superando a los diez años de su creación las 1.000 personas internadas, cifra que en 1910 asciende a 1500. Por ese entonces, la creciente demanda de asilo determina que se abra en las proximidades de la ciudad de Santa Lucía a 70 kilómetros de Montevideo, las Colonias de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi<sup>2</sup>, que junto con el Vilardebó, al promediar el siglo XX llegaron a albergar unas 5000 personas en su mayoría del interior, ya que única-

1. La presente comunicación toma fragmentos de otros artículos y de la Tesis en elaboración la orientación del Prof. Alfredo Carballada y la Prof. Alicia Stolkiner. Realizada desde Uruguay para obtener el título en el Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria, dirigido por el Prof. Emiliano Galende en la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

2. En homenaje a los dos primeros Profesores de la Clínica Psiquiátrica, Etchepare (1869-1925) y Santín Carlos Rossi (1884-1936).

mente Montevideo contaba con cobertura psiquiátrica sin que existiera ninguna otra atención especializada en el resto del territorio nacional. (Arduino y Ginés, 2012).

Es de destacar que estas instituciones, han mantenido una insuficiente y obsoleta infraestructura, con poco personal y más escasa especialización, que casi exclusivamente se han limitado al tratamiento somático con medicación psicotrópica y electroconvulsoterapia. Excepcionalmente, el sistema público nacional ha incorporado estrategias psicoterapéuticas o de rehabilitación, y han sido insuficientes los dispositivos de intervención psicosocial. Lo habitual, ha sido que el "paciente" permanezca por períodos prolongados, (algunos de por vida), o que egresen de la internación sin plan de tratamiento ni seguimiento.

Testimonio de esto, han sido los comentarios realizados por consultores internacionales como Pierre Chanoit que en el "Informe sobre Salud Mental en Uruguay" de 1966 declaraba que "el enfermo mental es y ha sido desde siempre un "estorbo para la sociedad" y que la atención que se le ha brindado ha sido una cama en el asilo"... "lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población". En este informe Chainot agrega, que "la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables".<sup>3</sup>

## El escenario de resistencia a la dictadura y por la dignificación de la Salud Mental

Por esa época ya comenzaba a agudizarse el deterioro de la convivencia democrática en nuestra región y se afianzaba el avance del terrorismo de Estado. El Uruguay no es ajeno a esta dramática coyuntura geopolítica, hasta que finalmente en 1973 se produce el golpe de Estado cívico militar, instaurándose una dictadura durante el período 1973 - 1985.

En el marco de la lucha de resistencia a la dictadura, se intensificaron los movimientos sociales en torno a la defensa por los Derechos Humanos donde queda comprendida la lucha por la dignificación de la Salud Mental. Como en otros países latinoamericanos, la sociedad se movilizó contra los gobiernos de facto y en defensa de los derechos sociales, económicos y políticos, acompañado por un movimiento que reformulando el concepto de la Salud Mental, plantea articular los factores sociales de riesgo de sufrimiento mental, con la subjetividad individual y colectiva, a partir de re-valorizar al sujeto inmerso en una red de convivencia y en un contexto socio histórico y político. (Fernández Castrillo, 2009).

La reapertura democrática en 1985, propició un intenso debate de los actores involucrados del sector político, gremial, académico y de la sociedad civil organizada que logran un acuerdo estratégico dando origen al Plan Nacional de Salud Mental, que fuera aprobado por el Ministerio de Salud Pública, pero escasamente llevado adelante en la práctica.

Por entonces, se estimaba que existían más de 2000 personas internadas en los hospitales psiquiátricos, en especial en las Colonias, de las cuales unas 1400 se encontraban asiladas desde hacía más de diez y algunos desde hacía treinta años. Los mismos eran rotulados como "pacientes con escasas posibilidades de retorno a la comunidad". En general se trataba de personas denominadas NN porque no tenían identificación civil. No se conocía su nombre, mucho menos su historia y lazo familiar.

El informe de la investigación realizada por la organización Mental Disability Rights International (MDRI 1995), afirma que entre la mitad y dos tercios de estas personas serían "pacientes sociales", personas que no tienen ninguna justificación de internación psiquiátrica y que la institución los acoge por carecer de medios socioeconómicos o familiares que los sostengan.

3. Citado por Arduino y Ginés (2012) en ocasión de conmemorarse el centenario de creación de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica "Dr. Bernardo Etchepare". El artículo de referencia se encuentra inédito y nos ha sido proporcionado personalmente por los autores, aunque una copia del mismo se encuentra en internet.

En general se trata de marginados sociales, delincuentes, personas con discapacidades severas o ancianos sin contención familiar ni social. El informe MDRI 1995 sostiene que:

“Para la mayoría de los pacientes, los servicios psiquiátricos no elevan su autonomía personal ni alientan la reinserción a la comunidad. Frecuentemente el tratamiento es impropio e innecesariamente peligroso, estando limitado a la terapia somática (medicamentos psicotrópicos y terapia electroconvulsiva)”.

Cualquiera sea el caso, la injustificada, innecesaria y a veces perjudicial internación de personas por períodos muy prolongados, y la prácticamente inexistencia de servicios de salud comunitaria, fragmentan los vínculos interpersonales, familiares y económicos en detrimento del desenvolvimiento social, que hacen difícil el retorno de las personas al medio de pertenencia.

El consenso general para diagnosticar la situación nacional, coincidía en la existencia de un importante retraso y se identificaban los siguientes problemas:

- inexistencia de normas y de evaluaciones de tratamiento ni de internación,
- diagnósticos incompletos e insuficientes y mal consignados,
- internación de “pacientes sociales”, la mayoría de los internados no presentarían causal por trastornos psiquiátricos,
- escasa cobertura psiquiátrica en los seguros generales de salud,
- sistema de atención especializada desestructurado y desarticulado,
- inexistencia de supervisión de las internaciones ni mínimos controles de calidad,
- uso de medicamentos extensivo e irracional, polifarmacia incoherente, sin que existan pro-

cedimientos para la prescripción de sustancias controladas,

- escasa combinación con otros modelos de tratamiento como técnicas psicoterapéuticas y de rehabilitación,
- condiciones edilicias inadecuadas e insalubres,
- condiciones asistenciales inapropiadas y riesgosas que causan sufrimientos injustificados,
- escasa información a usuarios y familiares sobre técnicas de intervención, diagnóstico, procedimientos, riesgos,
- personal insuficiente, sin especialización ni capacitación,
- carencia de dispositivos de cuidados del personal y no son evaluados los problemas de desmotivación,
- contratos de trabajo precarios y con bajos salarios, lo que causa ausentismo laboral,
- escasa regulación de las prácticas de mercado y de las empresas farmacéuticas,
- legislación en salud mental obsoleta y no ha sido sometida a revisión ético-legal,
- no existen organismos de derechos humanos en salud mental ni lugares de donde radicar denuncias.

Es de destacar que mientras se producían estos cuestionamientos desde distintos sectores, paralelamente se precipitaban en el país, algunos acontecimientos socioeconómicos que desembocaron en una fuerte caída en las reservas del Banco Central. Un PBI que alcanzó el 11%, la inflación al 25.9% y una devaluación del 93.7%, fenómenos comprendidos en la crisis financiera uruguaya de mediados de 2002 (OIT 2005), pocos meses después de la crisis argentina de 2001. Esta situación a nivel de los macro contextos tiene su correlato en la vida cotidiana como lo observamos en una investigación que realizáramos

mos con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República<sup>4</sup>. Este estudio recogió los diagnósticos psiquiátricos e información psicosocial de 1403 casos que consultaron en forma ambulatoria en una policlínica especializada del hospital universitario. Se tomó como tramo temporal, el período comprendido en el entorno de la crisis financiera de 2002 en el Uruguay para valorar sus repercusiones en la vida cotidiana. Se procesaron los datos recogidos durante el lapso de 2000 a 2004 (dos años antes y dos años después de la crisis) a efectos de comparar las características de ambas poblaciones. Los resultados dan cuenta que las preocupaciones más frecuentes de la consulta, se concentraron en tres dimensiones sociales: la socioeconómica por problemas a nivel del ingreso, la del trabajo por los riesgos del desempleo y la dimensión de los conflictos en los vínculos familiares e interpersonales; mientras que se incrementaban significativamente los casos con diagnóstico por trastorno de estado de ánimo (31,4%) y trastorno de angustia y ansiedad (29,7%). El resto de los casos se desagregaron entre los otros trece ítem diagnósticos previstos, conservando los valores tradicionales. En general, la respuesta psiquiátrica a esta demanda de la población, fue el suministro de medicación antidepresiva y ansiolíticos con entrevista de seguimiento y controles esporádicos. La indicación a psicoterapia se registró solo en el 3% de la consulta. (Fernández Castrillo, Beatriz; 2009:59-70).

Un par de años después de la crisis financiera, el Frente Amplio, una coalición de fuerzas progresistas de izquierda, por primera vez gana las elecciones nacionales y asume el gobierno con mayoría parlamentaria en marzo de 2005.

La propuesta programática del nuevo gobierno pone énfasis en los cambios en el sistema sanitario uruguayo, eje que históricamente ha representado el centro de las reivindicaciones populares. El llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se compromete a hacer cambios sustantivos en el modelo de atención, mediante

el fortalecimiento del primer nivel, acompañado por cambios en el modelo de gestión y de financiación.

En 2009 el Frente Amplio vuelve a ganar las elecciones nacionales, y se propone profundizar el camino de las transformaciones democráticas y, en sintonía con los procesos de reforma de la Salud de la región, define las acciones en Salud Mental como programa prioritario de la agenda política nacional.

### El escenario de las políticas públicas en el Uruguay progresista

Uruguay presenta una serie de indicadores favorables que hacen que integre el grupo de países con Índice Alto de Desarrollo Humano, ocupando actualmente el puesto 48 de una lista de 169 países (PNUD, 2014). Esto según algunos estudios, puede explicarse porque el Uruguay del gobierno progresista tiene un régimen político altamente inclusivo y porque las políticas de bienestar han sido implementadas rápidamente por parte de un Estado que asume iniciativas de protección de las poblaciones más vulnerables. (PNUD, 2008).

Sin embargo, presenta una serie de fragilidades tales como el deterioro creciente de los niveles de bienestar con aumento progresivo de la desigualdad e insatisfacción de las expectativas populares respecto de las políticas de Estado. Todo esto conjugado con una histórica tendencia al envejecimiento, con serias muestras de profundización (14% de la población es mayor de 65 años y potencialmente inactiva). Esto significa todo un problema para un país que se pretende desarrollar.

Los estudios regionales hablan de que Uruguay se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, y aluden que en esta coyuntura, el país se ve obligado a una alta demanda de transferencias y de servicios para los adultos mayores, que de algún modo desvían los recur-

4. Ese estudio cuyo título es Complejidad Social y Salud Mental, también obtuvo el aval académico y financiero para su publicación. Para quienes se interesen en él, pueden encontrar la referencia en la Bibliografía.

sos destinados para las políticas de desarrollo, e incrementan la inversión (para otros el gasto) en políticas sanitarias para este grupo etario (PNUD, 2008; 69). El riesgo de profundización de esta tendencia al envejecimiento, es confirmado por Calvo quien estima que "... la población de adultos mayores crecerá a un ritmo muy por encima del promedio del resto de los grupos de edades". (Calvo; 2014:42). Estas características demográficas, alteran los modelos reproductivos haciendo que la reproducción biológica recaiga en los sectores más jóvenes y carenciados, reproduciendo el proceso de infantilización de la pobreza. (Cabella y Pellegrino, 2010).

La transición demográfica da lugar a la llamada transición epidemiológica, que se expresa en el aumento del peso relativo de enfermedades crónico-degenerativas; tumores; enfermedades del aparato respiratorio y otras de origen externo y prevenibles. La consecuencia es el incremento del número de ancianos, de discapacitados y enfermos crónicos y la emergencia de nuevos problemas de salud asociados a los estilos de vida con aumento de personas con problemas mentales o emocionales (conductas violentas, intentos de autoeliminación, dependencia a sustancias tóxicas, etc.).

Esta situación es interpretada como la consecuencia de las abrumadoras cargas psicosociales que sufre la población en la coyuntura de la modernización, a causa del descontrolado crecimiento de los centros urbanos con deterioro de la calidad de vida, y con pobreza creciente dada la precarización de las condiciones de trabajo, que configuran fuentes principales de ansiedad, depresión o estrés crónico. (Fernández Castrillo, Beatriz, 2009).

Este proceso de transición avanzada, (precoz en comparación al resto de países latinoamericanos a excepción de Argentina); singulariza las características de la región en la medida que afecta directamente la capacidad de la estructura social y económica mediante la cual se sustenta el sistema de protección social. Siguiendo las proyecciones realizadas por Calvo: "Esto supondrá desafíos relevantes en varios planos y una presión

financiera muy pesada para el mantenimiento del sistema nacional de salud y el sistema de jubilaciones y pensiones". (Calvo; 2014:42).

Es reconocida la insuficiencia de los planteos reformistas en América Latina, debido a la inexistencia de una política de población y de investigación empírica, que respalde un modelo teórico. El reduccionismo de las nuevas políticas públicas a prestaciones de servicios sociales asistenciales, cuando no asistencialistas, y la casi absolutización del intervencionismo moralizante y pragmático como presupuesto de la conquista progresiva de la igualdad y la equidad, sin duda comprometen seriamente la "vocación reformista" (Garcé y Yaffé; 2005: 139) del gobierno de izquierda en el país.

Según Midaglia (1997), las acciones públicas no dejan de ser más que un reflejo de las relaciones dominantes entre las clases sociales. No obstante, en determinadas condiciones, se abre un espacio de recomodación de los intereses sectoriales, que da paso a la intervención estatal para promover un proyecto de desarrollo diferenciado de los propuestos por los distintos agentes corporativos nacionales e internacionales.

Frente a las contradicciones internas que también la clase dominante sufre, se vuelve difícil reconstruir la hegemonía y surgen divergencias que facilitan la incorporación de algunas de las demandas populares. Esta fisura, permite la reorientación y ajuste de algunas políticas, tales como las referidas al sistema sanitario que aparecen en forma generalizada en el continente y constituyen preocupación, especialmente sensible para la población. En base a la idea de un mínimo de bienestar, es que se han podido formular propuestas referidas a justicia social que involucran a diferentes agentes colectivos en la efectivización de los derechos. La consagración del estatus de ciudadano, de algún modo, contrarresta los efectos negativos y altamente conflictivos de una sociedad con profundas desigualdades y refuerza un imaginario de sociedad supuestamente igualitaria y equitativa. En este proceso se desvanecen los reclamos de los movimientos de usuarios de los servicios de salud, y algunos grupos de la so-

ciudad civil organizada, que tienen otra visión de los significados de lo que es desarrollo social.

Según esta autora, la imprecisión de los contenidos de los derechos sociales y de los niveles de beneficios, surge porque no pertenecen a la misma categoría normativa que los derechos civiles y políticos. Los derechos sociales, tienen un carácter necesariamente conflictivo y temporal ya que involucran los criterios de distribución vigentes en un modelo de desarrollo. Agrega, que así es que se hace posible la coexistencia de una “sociedad organizada en base al mercado (competencia) con cierta dosis de igualdad social”, (Midaglia; 1997: 73).

Las asociaciones encontradas entre la consagración de las políticas de asistencia social y el desarrollo económico producido por los avances tecnológicos y el tipo de régimen político (democracia de masas) no son suficientes, según Midaglia, para explicar las diferencias en la emergencia y consolidación de las políticas de bienestar, en aquellos países cuyo proceso de modernización ha sido similar, como ha sido en especial en nuestra región en el terreno sanitario (1997: 73).

Entendemos que el objetivo fundamental de las políticas públicas de asistencia, consistiría en cierta función conciliadora entre las clases sociales para hacer más tolerables las desigualdades dentro del proceso de desarrollo del capitalismo. De hecho, los nuevos enfoques de política social en Latinoamérica, se relacionan con cambios en la estrategia de desarrollo y en la reorientación de la política económica, funcionales a los avances del neoliberalismo.

## **El escenario de la reforma del sistema de Salud Mental uruguayo**

Como ya hemos comentado, tradicionalmente la atención en Salud Mental en el Uruguay, se ha regido por un criterio basado en el diagnóstico psiquiátrico de enfermedad mental. Existe suficiente evidencia en las estadísticas de consulta psiquiátrica, de cierta tendencia a la medicalización de los conflictos, siendo excepcional la resolución de alta y sin indicación de tratamiento

farmacológico. A su vez, existe una práctica instalada que ha retenido a los pacientes por períodos prolongados, permaneciendo muchas veces en tratamiento en forma injustificada.

La superpoblación asilar de estos centros en un país tan pequeño que apenas supera los 3.200.000 habitantes, determina que se procese a lo largo de la historia, una progresiva disminución de internados, tendencia que se mantiene actualmente, logrando reducir a la mitad la cantidad de pacientes asilares, casi todos concentrados en las Colonias de Asistencia Psiquiátrica, mientras que el Hospital Vilardebó oficia como un hospital de enfermos agudos o que necesitan medidas cautelares por orden judicial, (Arduino y Ginés, 2012). En los últimos años mucho se ha hecho en estos centros, por mejorar las condiciones de existencia de los internados en las Colonias, al igual que en el Hospital Vilardebó, donde se destacan las experiencias de dispositivos tales como el Centro de Día, La Radio Comunitaria Vilardevoz y el Proyecto de huerta Como el cultivo de un espacio integrador II, y algunas experiencias aisladas de abordaje psicoterapéutico de intervención individual y grupal a nivel de algún servicio del Ministerio de Salud Pública (MSP) o de alguna Policlínica perteneciente a los Servicios de Salud Municipales.

En el ámbito privado, han existido algunas experiencias por parte de asociaciones científico-gremiales como la Coordinadora de Psicólogos, la Asociación Psicoanalítica del Uruguay o en alguna Institución de Asistencia Médica Colectiva, también conocidas como mutualistas. En general, han sido emprendimientos aislados que responden más a iniciativas de algunos equipos de diferentes corrientes teóricas que a políticas públicas.

Por parte de la Universidad, se destaca la trayectoria de algunos programas docente asistenciales como el Servicio Atención Psicológica Preventivo - Asistencial a nivel de la Facultad de Psicología, que, desde hace muchos años, brinda atención psicológica integral en los niveles de promoción y prevención para los funcionarios del MSP y sus familias.



Del mismo modo, a nivel del Hospital de Clínicas, desde 1986 se ha consolidado el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales en el marco del posgrado de Especialización en Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Este programa ha sido pionero en las prestaciones psicoterapéuticas y en la formación de recursos humanos especializados. Convergen en él diversas orientaciones (psicoanálisis, psicodrama, terapia cognitivo conductual, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica, psicósomática, etc.) que emplean técnicas individuales, grupales y familiares, con amplia cobertura de situaciones: adolescentes, adultos y familias y un variado espectro de problemáticas existenciales abordadas. A través de un proceso de investigación continua, desarrollada en forma ad-hoc por el Equipo de Investigación en Psicoterapia del Programa, se ha logrado consolidar un banco de datos que aporta información protocolizada y sistemática en forma ininterrumpida desde 1990, mediante el empleo de metodología exploratoria-descriptiva de procesos y resultados de las psicoterapias realizadas con tomas pre-post a los tres agentes intervinientes: psiquiatra tratante, psicoterapeuta y usuario. Esta experiencia universitaria ha dado origen en 2004 a un posgrado para psiquiatras en formación y psicólogos, mediante la creación de la Diplomatura de Psicoterapia en los Servicios de Salud a nivel de la Escuela de Graduados de Facultad de Medicina. (Fernández Castrillo, Gerpe, Villalba, 2010).

Sobre la base de estas experiencias, el proceso de reformas del sistema de Salud Mental uruguayo, retoma los lineamientos de la Declaración de Caracas de 1990 y de una secuencia de tratados internacionales, en especial el documento Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). Este documento hace recomendaciones concretas, para generar cambios sustanciales en la asistencia psiquiátrica de la región en cuatro áreas estratégicas:

- Área Estratégica N°1: Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de Salud Mental.

- Área Estratégica N°2: Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Área Estratégica N°3: Prestación de servicios de Salud Mental centrados en la atención primaria de salud.
- Área Estratégica N°4: Fortalecimiento de los recursos humanos.

Interesa, el Área Estratégica N° 3 en relación al decreto del Presidente de la República Oriental del Uruguay N° 305/011 “Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” para la incorporación de prestaciones innovadoras, a efectos de disminuir, según dice en el propio texto, “la brecha significativa de necesidades terapéuticas de la población y los servicios a los que puede acceder para satisfacerlas”.

En ese decreto se estipula la obligación de los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud, de brindar atención a la población en nuevas áreas de la Salud Mental a partir de septiembre de 2011, no solo en el sector público sino en el complejo sistema de asistencia privada que tiene el Uruguay.

Sus fundamentos son, un modelo de atención a la salud que privilegia la prevención y promoción, en base a una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en el primer nivel de atención. Supone un cambio en el sistema de atención, gestión y financiamiento en salud basado en la justicia distributiva con rubros provenientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA), producto del aporte de los trabajadores como de la contribución de empresas estatales y privadas en forma proporcional al personal a su cargo.

Entre otras disposiciones, se establece como deben estar conformados los equipos de Salud Mental en atención primaria, siendo la primera vez en el Uruguay, que oficialmente se incorpora a los Trabajadores Sociales. Esto rige tanto para el sector público (donde tradicionalmente se han

contratado colegas a nivel de los hospitales psiquiátricos, generalmente subordinados al modelo médico hegemónico centrado en la enfermedad grave y en el individuo), y también en el sector privado (donde hasta 2011 había sido prácticamente inexistente la demanda a la profesión). Los requerimientos a la disciplina, en general han sido de carácter curativo, centrado en la enfermedad como hecho aislado, que responde a una dificultad personal, que estudia el fenómeno humano desde la patología más que desde su dimensión social.

### Para finalizar, algunos comentarios...

Dada la diversidad de modalidades de intervención psicosocial desarrolladas en el mundo y disponibles en nuestro medio, entendemos relevante el hecho que se priorice la innovación en Salud Mental, en especial en aquellas políticas que a fin de optimizar los recursos disponibles y atender las necesidades de la población sin perder calidad técnica; incorporan distintos abordajes y técnicas (individuales, grupales, de pareja y familia, institucionales, etc.).

Sin duda es un avance en el derecho a la salud de la población, y es interesante ver como poco a poco, se va transversalizando esta política con otras, de enorme importancia para el país, como las promovidas por el Plan Ceibal que adjudica una computadora a cada niño o joven que concurre a centros de enseñanza pública; las de interrupción voluntaria del embarazo; las de lucha contra la violencia de género, entre otras tantas que le han dado visibilidad internacional al país, como la de la legalización de la marihuana como forma de lucha contra el narcotráfico.

No obstante, existen suficientes indicios que ponen en riesgo la viabilidad futura de esta ingeniería de bienestar propuesta por el gobierno progresista, al menos en lo que hace a la innovación en Salud Mental.

En efecto, el proceso de revisión política y de gestión en la atención de la Salud Mental en el Uruguay, no constituiría en sí mismo un proceso de reforma de la matriz de bienestar, dado que el sistema precedente ha quedado intacto (dominio de las decisiones mayoritariamente psiquiátrico, cobertura parcial a nivel de los prestadores privados limitando a treinta días al año la internación psiquiátrica por exigencia del sector, acciones en atención primaria improvisadas, etc.); en un escenario donde coexisten distintos modelos de financiamiento. Algunos servicios han sido terciarizados o semi-privatizados con otros, dónde se acentuó la intervención estatal, a los cuales se anexan nuevas prestaciones de tipo focalizado, implementadas con un formato mixto de coparticipación público - privado. A esta diversidad en la forma de financiamiento y de gestión, se agrega la descoordinación de los servicios y la superposición de funciones del sistema uruguayo (Midaglia, 2006).

No podemos permitirnos ser ilusos. Si bien en forma explícita la reforma pretende mejorar la atención de las poblaciones más vulnerables que son las atendidas por el sector público, varios estudios dan cuenta que los usuarios efectivos y potenciales de las nuevas prestaciones en Salud Mental, estarían totalmente desinformados tanto de la oferta asistencial incorporada como de las formas de acceso a las mismas. Según los primeros resultados de nuestra investigación<sup>5</sup>, la población general así como la organizada en los movimientos de usuarios, desconoce la creación tanto pública como privada, de nuevas unidades de salud mental. Menos aún, está enterada de que los recursos presupuestales destinados a tales efectos, son subsidiados por los aportes de trabajadores y empresas mediante la tributación que administra el FONASA según distribución por cápita y que en las mutualistas además pueden estar grabadas por las llamadas tasas moderadoras o co-pagos de bolsillo.

Pareciera sobrentenderse, que el impacto de estas políticas se encuentra supeditado a las relaciones

5. No referimos a la investigación en curso que coordinamos bajo el título "Participación de la sociedad civil en la evaluación de las políticas públicas sobre salud mental. El caso de los movimientos de usuarios y familiares de los servicios de salud en el Uruguay".

siempre tensas entre los distintos grupos de interés que disputan los beneficios derivados de los procesos de medicalización y mercantilización que moviliza enormes réditos económicos sectoriales propios del capitalismo avanzado. Estos procesos dentro de la lógica de mercado, tienen efectos sobre los sujetos, ya que desvanecen los conflictos sociales y los transforma en disfunciones individuales. Además, reclama la intervención profesional del Trabajo Social, en los espacios siempre conflictivos de las instituciones y de las empresas donde operan agentes poderosos, (los hospitales psiquiátricos, las clínicas privadas, las ONGs, la industria farmacológica), donde tienen lugar las inequidades salariales y disputas por el campo ocupacional, entre otras tantas dificultades en pugna.

Somos conscientes de que el campo psiquiátrico es un espacio más que interesante para la intervención del Trabajo Social. No así, cuando sus prácticas perpetúan las políticas manicomiales asociadas a los procesos de medicalización del sufrimiento. Prácticas que poco aportan a las transformaciones sociales, y conspiran contra la calidad de vida por el riesgo de cronificación del padecimiento mental, y sus consecuencias individuales y colectivas.

Entendemos que el concepto central para el Trabajo Social, ha de ser el de transformación social, porque su fin en última instancia, es fomentar el bienestar por mediación de vínculos saludables del sujeto consigo mismo, con los demás y con el espacio material y de convivencia social que lo contiene. Por tanto, una de las singulari-

dades que distinguen a la disciplina, cualquiera fuere el espacio de las prácticas profesionales, se orienta a la promoción del desarrollo social y en consecuencia de la salud y la salud mental como uno de sus componentes.

La problematización de las inequidades, interpela al Trabajo Social a asumir un rol activo de crítica y propuesta en el terreno de las políticas públicas, aunque es relegado del terreno de reformulación y reorientación de las mismas, siendo muy escasa la posibilidad real de intervención. Como profesionales, estamos siendo conmocionados, porque de golpe nos encontramos en una intersección ético política problemática y de intereses espurios, que nos interroga, no solo en lo teórico metodológico sino también, en nuestros principios éticos. Retomando las palabras de Granda;

“El principio ético más amplio, es la construcción de la democracia, ámbito en el que podría desarrollarse una eterna lucha por la conquista de lo subjetivo y lo objetivo, la identidad, el otro, el movimiento, la razón y la economía. En esta forma, la ética de la convicción reaparece para hacer juicio junto con la ética de la responsabilidad, mientras que la moral de la intención hace presencia con la moral del deber.” (Granda, Edmundo; 2009: 105).

Quizás, este sea un lugar de preocupación compartido con trabajadores sociales del resto del continente. Tal vez, podría reflexionarse que en los escenarios progresistas este tema, aun no está saldado y que el debate sigue abierto

## Bibliografía

- Arduino, M; Ginés, Á. M. (2012) *Cien años de la Colonia Etchepare*, disponible en [http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=25124](http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=25124).
- Cabella, W; Pellegrino, A; (2010) *El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades*. Udelar, Montevideo, disponible en [http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa\\_30\\_cabella\\_pellegrino.pdf](http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_30_cabella_pellegrino.pdf) fecha de consulta 1/12/2012.
- Calvo, J. J. (2014). *El país que se viene. Una visión de largo plazo en relación a las políticas sociales con perspectiva ambiental 2012-2030*. Iniciativa Pobreza y Medio Ambiente, PNUD, Dirección Nacional de Políticas Sociales Ministerio de Desarrollo Social MIDES, Uruguay.
- Carballeda, A. (2012) *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*, Margen N° 65, disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf> consultado 30/1/2014
- Fernández Castrillo, B. (2012a) *Salud Mental: un concepto polisémico*, Revista Uruguaya de Enfermería, Fascículo 2, Uruguay. Disponible en [http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num13/13\\_art\\_04\\_fern%C3%A1ndez.pdf](http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num13/13_art_04_fern%C3%A1ndez.pdf)
- Fernández Castrillo, B. (2012b) *Encuentros y desencuentros entre teoría y práctica en Trabajo Social: algunas notas*, Sociedadeem Debate, Volumen 18, Fascículo 2, 2012, Coordinadora Prof. Vera Nogueira, Posgraduación em Políticas Sociais, Universidad Católica de Pelotas, Brasil, Disponible en <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/765/659>
- Fernández Castrillo, B; Gerpe, C; Villalba, L. (2010) *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas. Programa de Publicaciones de la Comisión Sectorial de Investigación científica*. Ediciones CSIC Udelar, Montevideo.
- Fernández Castrillo, Beatriz, (2009) *Complejidad Social y Salud Mental*. Facultad de Ciencias Sociales Programa de Publicaciones de la Comisión Sectorial de Investigación Científica. Ediciones CSIC Udelar, Montevideo.
- Ginés, Ángel M, (2005). *Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 69 N° 1 Julio 2005. 69(1):32-41.
- Granda, E. (2009). *La Salud y la Vida*. En A.L. Social. Ministerio de Salud Quito, Ecuador.
- Mental Disability Rights Internacional, MDRI (1995) *Proyecto del Center for Human Rights & Humanitarian Law, Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*, Washington, D.C.
- Midaglia, C. (1997). *Reforma del estado en el campo social: elementos para una discusión*. 91-102[S.I.] Fronteras; 2 DTS- FCS, Universidad de la República
- Midaglia, C; Antía, F. (2006). *La Izquierda en el gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?* Revista Uruguaya de Ciencia Política - 16/2007 - ICP – Montevideo.
- Mirza, C. (coord.), Lorenzelli, M; Bango, J. (2010) *¿Es posible un nuevo Estado de bienestar en América Latina? La reconfiguración de las matrices de bienestar en el MERCOSUR*. Fundación Carolina. Serie Avances de Investigación n° 36. Madrid. Disponible en <http://www.fundacioncarolina.es/es-ES/publicaciones/avancesinvestigacion/Documents/AI36.pdf> fecha de consulta 11.2.2014.
- Montado, G. Palermo, A. Fernández Castrillo, B, Gerpe, C. (2011) *Investigación empírica: Puente entre psicoterapia y psiquiatría*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 75 N° 75(1):48-55. Agosto 2011 Montevideo, Uruguay.
- MSP (1986) Plan Nacional de Salud Mental
- MSP. (2011) *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Decreto 305/2011 disponible en [http://www.comef.com.uy/pub/protocolos\\_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf](http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf)

- PNUD Uruguay, Naciones Unidas para el Desarrollo, (2008). *Informe sobre desarrollo humano en Uruguay 2008. Política, políticas y desarrollo humano*, disponible en [www.undp.org.uy/getFile.asp?File...pdf&Alias=12-11-2008](http://www.undp.org.uy/getFile.asp?File...pdf&Alias=12-11-2008) , fecha de consulta 8/3/201
- PNUD Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe Regional de Desarrollo Humano 2013-2014*. Disponible en <http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/img/IDH/IDH-AL%20Informe%20completo.pdf> fecha de consulta 12/3/2014
- Oficina Internacional del Trabajo. (2005) Uruguay. *Empleo y protección social. De la crisis al crecimiento*, Oficina Internacional del Trabajo, Santiago de Chile
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental*. Panamá, Washington DC, Disponible en [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/iesm\\_sud-america\\_12\\_2011.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sud-america_12_2011.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2009), *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. Washington, D.C. Disponible en [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental*. Washington, D.C. Disponible en [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas, Venezuela*. Disponible en [http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf),
- Samaja, J. (2004) *Epistemología de la Salud, Reproducción Social, Subjetividad y Transdisciplina*. Lugar Editorial; Colección Salud Colectiva. Buenos Aires.
- Sottoli, S. (2000). *La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia*, Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe N° 68.
- Stolkiner, A. (2013) *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. En Hugo Lerner Editorial: Psicolibros, (en prensa). Disponible en [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_2/stolkiner\\_medicalizacion\\_de\\_la\\_vida.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_medicalizacion_de_la_vida.pdf)

