UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**La atención a la salud mental en el marco del
proceso de reforma del sistema de salud.**

Natalia Cabeza Lafitte

Tutor: Celmira Bentura

2008

“No acepten lo habitual como cosa natural
pues en tiempos de desorden sangriento,
de confusión organizada,
de arbitrariedad consciente,
de humanidad deshumanizada,
nada debe parecer imposible de cambiar”

Bertolt Brecht

ÍNDICE

ÍNDICE

.....Página 1

INTRODUCCIÓN

.....Página 3

CAPÍTULO 1

Desarrollo de la psiquiatría y la atención a la salud mental.....Página 7

La atención a la salud mental en Uruguay.....Página 11

CAPÍTULO 2

Contexto socio económicoPágina 17

CAPÍTULO 3

Transformaciones en el Modelo de Atención a la Salud Mental.....Página 23

Sistema Nacional Integrado de Salud.....Página 29

Alcances de la propuesta.....Página 32

Algunas cuestiones al respecto.....Página 34

CAPÍTULO 4

Algunos aportes desde el Trabajo Social.....Página 41

Enfermedades Mentales y discapacidad.....Página 41

Familias y discapacidad.....Página 43

Demanda InstitucionalPágina 45

COMENTARIOS

.....Página 48

BIBLIOGRAFÍA

.....Página 51

Fuentes Referenciales.....Página 57

ANEXOS

Nº1 Guía para las entrevistas.....Página 59

Nº2 Entrevista a Lizardo Valdez.....Página 60

Nº3 Entrevista a Marina Grela.....Página 64

Nº4 Entrevista a Marta Conde.....Página 70

Nº5 Abreviaturas utilizadas.....Página74

El presente trabajo se constituye como la tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. El mismo parte de las inquietudes generadas a partir de la práctica curricular de Metodología de la Intervención Profesional III realizada en el año 2007 en el Hospital Psiquiátrico Vilardebó. También fueron de suma importancia en este proceso, la acumulación generada a partir de la práctica curricular de Metodología de la Intervención Profesional II, realizada en el área de Salud y Sociedad, así como el trabajo realizado en el marco del seminario optativo de la misma área.

Es así que el presente trabajo es parte del proceso de conocimiento acerca de cuáles son las condicionantes socio históricas que hacen que en el Uruguay del siglo XXI la salud mental, y por ende las diferentes patologías psiquiátricas que se nos presentan como la antítesis de ésta, sean entendidas y atendidas de una determinada manera y no de otra, particularmente desde las políticas públicas. Se intentará profundizar en preguntas tales como si los nuevos discursos suponen posicionamientos más humanos o democráticos dejando de lado la psiquiatrización de la locura, o por el contrario implican un avance del mercado sobre el Estado en esta área. En relación a la Reforma del Sistema de Salud y el nuevo sistema de atención a la salud mental planteados, surge entonces el cuestionamiento acerca de si implican la consagración del derecho humano a la salud, o corresponde también con un proceso de mercantilización de la misma.

Para poder responder a las preguntas aquí propuestas o al menos, acercarnos a la comprensión del fenómeno planteado, se pretende realizar una revisión histórica de la atención a la salud mental en Uruguay intentando conjugar en el análisis aspectos que hacen a las particularidades de la historia uruguaya (específicamente en relación con la atención a la salud mental) con elementos macro sociales y culturales, fenómenos globales, macro económicos y políticos.

Asimismo, es preciso tener en cuenta aquellos aspectos que se mantienen, ya que a pesar de las modificaciones introducidas más recientemente, fundamentalmente a nivel de discurso, existen remanentes de un fuerte modelo de atención con varias décadas de

prevalencia atravesando desde las propias prácticas de los profesionales hasta la burocracia administrativa de las mismas.

Del mismo modo parece importante destacar que el área de la Salud Mental y la particular coyuntura actual, a partir del proceso de Reforma del Sistema de Salud impulsado por el gobierno del Encuentro Progresista – Frente Amplio – Nueva Mayoría (de ahora en más EP-FA-NM), se ofrece como un campo sumamente interesante de intervención y estudio para el Trabajo Social, donde se pueden realizar aportes muy valiosos desde las particularidades de la profesión. La Reforma, junto con las nuevas formas de concebir las patologías psiquiátricas, presentan una serie de potencialidades que pueden ser abordadas exitosamente desde el Trabajo Social, pero para ello debemos realizar primeramente un análisis crítico que nos permita posicionarnos profesionalmente.

En base a lo planteado se define como objetivo central de la tesina:

- ***Generar un aporte desde el Trabajo Social a la discusión de las características e implicancias de la Reforma del Sistema de Atención a la Salud (planteada para el 2008), específicamente en el área de atención a la Salud Mental en el marco de las Políticas Públicas.***

Los objetivos específicos planteados son:

- ***Analizar, enfatizando una mirada histórica, la forma que se ha dado (desde las políticas públicas) en Uruguay para la atención a las patologías psiquiátricas, haciendo referencia a la forma en que se ha entendido y se entienden las mismas.***

- ***Discutir, incorporando la perspectiva del Trabajo Social, acerca de las características de la Reforma y su funcionalidad (o no) con relación a las transformaciones producidas a nivel macro político y económico en las últimas décadas en el contexto de América Latina.***

Para poder cumplir con los objetivos planteados fue realizada una revisión bibliográfica sobre las temáticas de salud mental como de políticas sociales e historia uruguaya, así como una revisión de los documentos elaborados por el gobierno (EP – FA – NM) en relación a la Reforma y los planteos para el Sistema Nacional Integrado de Salud.

A su vez se plantean una serie de entrevistas cualitativas a informantes calificados en la temática, como profesionales que trabajan en el área en el Uruguay (por el MSP, por los diferentes niveles de atención), con la finalidad de poder ilustrar lo aquí planteado.

CAPÍTULO I

Desarrollo de la psiquiatría y la atención a la salud mental.-

La atención a la salud mental no ha sido siempre la misma, ha variado en sus formas pero también y por sobre todo en sus contenidos a lo largo de la historia y los lugares. Con relación a esto, es importante destacar que a la fecha no existen consensos establecidos en relación a qué se entiende por salud mental ya que tales definiciones no son meramente técnicas, sino que encierran aspectos ideológicos, culturales e históricos. *“En todas las sociedades los conjuntos sociales estratificados, (...) establecen relaciones tanto teóricas e ideológicas como técnicas, acerca de los problemas de salud/enfermedad, en la práctica concreta de sus mutuas relaciones sociales, que incluyen no sólo el rol profesional, sino también las condiciones de sus relaciones de clase”* (Menéndez; 1984:154).

Es de suma importancia analizar dichos cambios desde el Trabajo Social, ya que son los que nos permiten entender las formas de posicionarse de los distintos actores y por lo tanto las posibilidades de acción que se nos presentan para poder transformar algunos aspectos de la realidad en la que estamos insertos/as. Del mismo modo, y como ha sido planteado, es preciso tener en cuenta aquellos aspectos que se mantienen, ya que a pesar de las modificaciones introducidas más recientemente, existen remanentes de un fuerte modelo de atención con varias décadas de prevalencia.

Con la finalidad de analizar la pertinencia que tienen estas afirmaciones hoy en día, es que se plantea que existe una distribución desigual tanto de la enfermedad (incluida la enfermedad mental) como de la discapacidad, con relación a la estructura socioeconómica, constituyéndose esto como un rasgo estructural de nuestras sociedades. Es así que, *“estudios realizados por el Banco Mundial y otros institutos de investigación constataron que una proporción significativa de las personas con discapacidad están dentro de las más pobres de las pobres”* (Berman y otros; 2007). De acuerdo a los datos del Banco Mundial, cerca del 82% de los discapacitados de la región de América Latina y el Caribe, son pobres.

Para poder comprender esta desigualdad instaurada e incluso naturalizada,

es preciso analizar un poco la historia de los conceptos que se manejan a diario ya que *“las enfermedades mentales constituyen uno de los principales componentes de la gran masa global de enfermedades y discapacidades: cinco de diez causas principales de discapacidad en el mundo son los problemas de salud mental”*, informó la Organización Mundial de la Salud el 22 de abril de 1999 (Berman, R. y otros; 2007). Sin embargo, puede verse siguiendo a Carballada (2004:1), que *“las concepciones actuales acerca de la Salud Mental, en especial en cuanto a su construcción histórica, pueden ubicarse junto con el origen de la modernidad”*. También lo plantea así Menéndez (1984:158), quien sostiene que *“a partir de mediados del siglo XVIII cristalizan toda una serie de procesos que implican la reformulación de las relaciones de clase en torno a la salud/enfermedad y las prácticas curativas”*.

Puede decirse que en este momento se van sentando las bases para la sociedad moderna en Europa, un nuevo sistema de estratificación que consagraba a la ascendente burguesía y con ella “sus valores”; estos con una clara vinculación con lo normativo, determinando lo “normal” y “lo correcto”. Para asegurar este nuevo orden surgían también nuevos dispositivos ideológicos; la ciencia fundamentalmente positivista y la técnica, sentarán las bases del pensamiento que apela a la racionalización de la organización social y el dominio de la naturaleza.

En este contexto se instaura lo que Menéndez (1984:155) denomina como el Modelo Médico Hegemónico con funciones de cura, control y normatización; en relación al cual plantea: *“la emergencia de los curadores profesionales se da en relación a los problemas de salud/enfermedad/desviación; que su acción supone no sólo la curación sino el control ideológico sobre los conjuntos; que su profesionalización implica la construcción de propuestas técnicas, ideológicas y también teóricas que se van especializando y haciendo más complejas, pero que suponen el mantenimiento de relaciones con los conjuntos sociales con los que operan, dado que dichas relaciones son necesarias para ejercitar su eficacia tanto en la cura como en el control”*.

Se va consolidando así el proceso de medicalización de la sociedad, entendido como *“la permeación y el*

dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos", siendo hasta la fecha, uno de los aspectos más relevantes de nuestra identidad cultural (Portillo; 1993:7).

En este momento se presenta un dilema, cómo tratar la enfermedad mental, la alienación y a las personas que la sufren distorsionando el orden público. Plantea Castel (1980:25): *"Sobre el telón de fondo de la sociedad contractual que instauro la Revolución francesa, el loco desentona. Carente de razón no es sujeto de derecho; irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o servir, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios... Foco de desórdenes, hay que reprimirlo más que nunca pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han transgredido las leyes voluntariamente"*.

Se puede ver entonces como surge también en este momento la psiquiatría basada en una perspectiva ético social de la locura, con origen biológico. Es factible apreciar como en el surgimiento y evolución de esta nueva ciencia se van combinando diferentes elementos; *"en su origen y en la construcción de su modalidad como práctica, la psiquiatría, se ordena alrededor del orden, la autoridad y el castigo"* (Carballeda; 2004:1). Asimismo, junto con la disciplina se perfeccionan sus técnicas, adaptándose a este nuevo ordenamiento social, por lo que también es posible apreciar una importante transformación en los discursos a partir de esta nueva base ética; *"a partir de la medicalización, el encierro deja de ser entendido como castigo y se lo va a empezar a vincular con lo `terapéutico`, esta idea de encierro va a ser característica de la modernidad, y va ir mucho mas allá de la institución psiquiátrica, se va a introducir en la minoridad o en la cárcel"* (Carballeda; 2004:2).

Siguiendo a Castel (1980: 36) se puede constatar como la novedad aquí no es el encierro del diferente o molesto, sino su evolución a la práctica del internamiento, lo que supone cambios profundos en la práctica ya que implica *"el acondicionamiento de un nuevo espacio institucional, la constitución de un corpus de racionalizaciones, la aparición de un nuevo cuerpo de especialistas, etc."*.

A partir de esta nueva concepción del encierro, se logra justificar bajo un argumento "más humano", el alejamiento del resto de la sociedad del desviado. Se puede conjugar el interés del orden

social con el interés del individuo, ya que la técnica estipula que el encierro es la medida terapéutica por excelencia, la razón es médica.

Al respecto, Castel (1980:211) alerta expresando que *“medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación sociopolítica de conjunto para convertirla en pura cuestión técnica, dependiendo de las competencias de un especialista neutro”*.

En este sentido, se considera importante destacar que, estos cambios procesados no son aleatorios ni caprichosos, sino que por el contrario presentan una importante coherencia interna y externa. *“En una política de la salud mental, la dimensión propiamente médica no es –respecto del conjunto del dispositivo– más que la parte emergente (y por eso la única visible) del iceberg”* (Castel; 1980:213). Por tanto, puede apreciarse como dichos cambios se relacionan cabalmente con el mundo que los rodea en un proceso sumamente complejo en el que interactúan diversas variables como ser el desarrollo de las fuerzas productivas, el modelo de producción, las formas que adquiere la estratificación social, las luchas de poder existentes entre los diversos actores, las características del Estado, las instituciones existentes entre otras; sumadas a aspectos culturales y sociales que hacen a la sensibilidad uruguaya en términos de Barrán¹. Vemos como este proceso que autores como Castel o Foucault describen para la realidad europea, particularmente de países como Francia o Inglaterra tiene su correlato en América Latina y Uruguay. Es importante destacar, siguiendo a Menéndez (1984:169) que *“este esquema abstracto no puede pretender ser impuesto propuesto como explicación aislada de los contextos económico político específicos (...) así como de las situaciones históricas y sociales”*; por lo que a continuación se pretende dar cuenta de algunos elementos que hacen a la particularidad de la historia uruguaya.

¹ Barrán, J.P.; “Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo II. El Disciplinamiento (1860-1920)”; Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1992

La atención a la salud en Uruguay.-

La psiquiatría es más allá de sus especificidades, práctica médica; por lo que para poder comprender su desarrollo en el contexto uruguayo, se realiza una revisión del desarrollo de dicha práctica. En este sentido, se concluye que el origen de la psiquiatría en Uruguay también estuvo estrechamente vinculado con la consolidación de un proyecto económico y social, es decir, al desarrollo del Estado-Nación². Corresponde afirmar entonces que ***“la práctica médica está directamente ligada y articulada con la transformación histórica del proceso de producción económico que sufre una determinada sociedad. Pero es en el modo capitalista de producción, donde la medicina, que se desplaza del espacio religioso y político, adquiere más directa vinculación con el proceso económico de producción al transformarse en indirectamente productiva, por conservar y adaptar la fuerza de trabajo”*** (Portillo; 1995:5).

En un intento por comprender la historia de la psiquiatría en el contexto uruguayo, se retoma a Portillo, quien sostiene que el Estado va definiendo progresivamente su rol en la regulación de la práctica médica. En su análisis también se puede apreciar como este proceso se articula cabalmente con los procesos productivos y culturales concomitantes. *“La práctica médica está directamente ligada y articulada con la transformación histórica del proceso de producción económico que sufre una determinada sociedad”* (Portillo; 1995:5).

Siguiendo los planteos de Portillo (1995:9) vale destacar, como *“la mirada médica en Montevideo fue cambiando en el siglo XVIII; en el origen fue básica en la protección de la tropa en la plaza militar, para ir luego evolucionando al compás del proyecto político, el mercantilismo y servir de apoyo a una sociedad civil incipientemente burguesa. Este necesitaba del ‘orden’ y para ellos ‘los reyes y los médicos’”*.

² En relación al estado nación, Bobbio y Matteuci (1982: 1078) plantean que más allá de los elementos puramente exteriores (comportamientos políticos, económicos, administrativos y jurídicos propios del modo de producir propiciado por la revolución industrial) es necesario tener en cuenta elementos que constituyen el sentimiento íntimo de la personalidad y de la afinidad fundamental del grupo, con base territorial nacional.

Es relevante destacar que además del impulso estatal, fue esencial el apoyo de la sociedad civil organizada (mayoritariamente la burguesía comercial) para lograr la construcción de los hospitales, por lo que puede decirse que este hecho se encuentra ligado con la consolidación de un proyecto económico, político y social.

Por tanto, supone un momento de suma relevancia la configuración del Estado Nación (segunda mitad del siglo XIX), entendido como la coyuntura en la que el Uruguay va adquiriendo identidad propia, los/as orientales comienzan a tomar conciencia nacional a medida que se consolida un proyecto político social de la modernidad guiado por el positivismo, así como también el modelo médico que primó en la mayor parte de nuestra historia. Se establece la educación obligatoria, laica y gratuita a partir de la reforma vareliana, junto con una elite intelectual guiada por una postura laica y racionalista³. En relación a la estructura económica, puede apreciarse que en la medida en que se va consolidando el modelo capitalista liberal; se van constituyendo las clases sociales uruguayas urbanas "*la clase media o pequeña burguesía (profesionales, artesanos, empleados públicos y del comercio) y la clase obrera o proletariado, producto de esa industria nacional naciente gran desarrollo cuantitativo y cualitativo del capitalismo*" (Portillo, 1995:13), y rurales vinculadas al desarrollo de la estancia empresa, los hacendados como la burguesía rural y los peones como un semi proletariado rural.

La atención de la salud se va conformando como un problema estatal y de la sociedad en su conjunto, la ciencia y tecnología comienzan a formar parte inherente de esta atención, pero aún se mantienen diferencias significativas en la atención de las diferentes clases sociales, así como la importancia de la sociedad civil organizada en la prestación: "*la caridad y beneficencia para los pobres y las comunidades de migrantes y sus respectivas sociedades de ayuda mutua, para la mayoría de los trabajadores manuales urbanos. Los sectores dominantes tienen una atención personalizada en su propio domicilio*" (Portillo; 1995:14).

³ Vale destacar que el laicismo "*sostiene una clara separación entre el estado y cualquier iglesia, pero respeta el mensaje religioso y ético de cada una de ellas, su clero, sus fieles y su libertad de culto y apostolado*" (Bobbio, N., Matteuci, N.; 1982: 271)

Con la finalidad de explicitar la complejidad de este proceso, vale destacar que en el marco del sistema capitalista, es necesaria no solo la reproducción física de su fuerza de trabajo, sino también la reproducción social del sistema⁴. Barrán (1992:21) da cuenta de esta complejidad manifestando que *“un modo de producción nuevo implicaba cambios en la sensibilidad, modificaciones en el sentir para que a la vez ocurrieran transformaciones sustanciales en la conducta. Y así, sensibilidad y cambio económico entrelazados no son ni causa ni efecto el uno del otro, sino factores que tanto se abren camino juntos como se limitan y se obstruyen el paso”*.

El proyecto de los grupos sociales dominantes se va haciendo patente a través de un cambio en la sensibilidad “bárbara”, caracterizada por el desenfreno, el juego, la lujuria y el libertinaje (pasan de pecados a delitos en el marco de secularización del Estado y luego a enfermedades a partir de la consolidación del proceso de medicalización de la sociedad); a una “civilizada” donde el ahorro, el trabajo, el orden y la salud pasan a ser nuevos dioses. Este aspecto será el que garantizará la transición, ya que dicha transformación caló en lo más hondo de la sociedad uruguaya (Barrán; 1992).

Podemos apreciar entonces, como las transformaciones procesadas tanto a nivel subjetivo como material de la realidad socio económica uruguaya, van siendo acompañadas con la creación de instrumentos para efectivizar estas nuevas posturas. Es así como en el marco de este proceso, en 1934 se crea el **Ministerio de Salud Pública** (MSP), siendo de ahora en más el *“organismo rector de la Salud, con una función normatizadora general -legitimación de títulos, control de plagas y epidemias, prevención de enfermedades- y una función asistencial directa sobre*

⁴ El concepto de reproducción social se refiere al modo en que son producidas y reproducidas las relaciones sociales en esta sociedad. En esta perspectiva la reproducción de las relaciones sociales es entendida como la reproducción de la totalidad de la vida social, lo que engloba no sólo la reproducción de la vida material y el modo de producción sino también la reproducción espiritual de la sociedad y de las formas de conciencia a través de las cuales el hombre se posiciona en la vida social. De esa forma, la reproducción de las relaciones sociales es la reproducción de determinado modo de vida, de lo cotidiano, de valores, de prácticas políticas y del modo como se producen las ideas en la sociedad. Ideas que se expresan en prácticas sociales, políticas, culturales, y en padrones de comportamiento que acaban por permear toda la trama de relaciones de la sociedad (Yazbeck; 1999:89).

aquellos sectores de la sociedad que van quedando al margen de la estructura económica del Uruguay moderno -los indigentes-" (Portillo; 1995:15).

Entonces, a partir de este momento el MSP se consagra como el organismo rector en materia de políticas de salud y quien tiene las potestades para ejercer la regulación y control. Este hecho puede ser considerado como hito, a partir del cual el Estado pasa a ser responsable de la prestación directa de atención médica.

Por otra parte, vale destacar aspectos que hacen a las características propias del **Hospital Vilardebó**, ya que el mismo se constituye como centro de referencia de varias de las reflexiones planteadas en este trabajo.

En este sentido se resalta que, si bien por su estructura arquitectónica el Hospital Vilardebó fue en los comienzos el mejor establecimiento para alienados de América del Sur; puede apreciarse como en Uruguay se consagraba ya desde principios de siglo el problema histórico del asilo mental. El menoscabo de las condiciones era permanente, por lo que vemos como; *"el Hospital Vilardebó, previsto en 1880 para 700 camas, supera en una década las 100 personas y en 1910, alberga a 1500 personas. A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abren las Colonias de Alienados en el Departamento de San José, que sumadas al hospital Vilardebó van a elevar el número de asilados hasta cerca de 5000 personas a mitad de siglo, con tasa próxima al 190/000, una de las más altas del mundo"* (Ginés; 1999) . El Estado responde a esta situación a través de la Ley N° 9581 sobre la Asistencia de Enfermos Mentales en 1936 y la Ley N° 11139 que consagra la Creación del Patronato de Psicópatas en 1948⁵.

Mucho tiempo ha pasado desde su creación y varios cambios se han procesado. En la actualidad el Hospital Vilardebó contempla a algo más de 300 personas, mayoritariamente hombres jóvenes. Un 42% de las personas allí internadas son derivados por el Poder Judicial, por ser inimputables los crímenes por ellos cometidos: *"pacientes que son derivados desde distintos centros penitenciarios debido a que protagonizaron algún episodio de descompensación psiquiátrica y pacientes que por orden judicial son también destinados al Vilardebó, pero cuya alta hospitalaria la define cualquiera de las partes (la Justicia o el equipo*

⁵ Leyes N° 9581 y N° 11139 en: www.parlamento.gub.uy

médico del Centro)⁶. Es importante destacar que un 45% de las personas allí internadas sufren de esquizofrenia⁷.

Con la finalidad de promover la rehabilitación de las personas allí internadas y mejorar las condiciones de su estadía y posterior egreso, se han impulsado en las últimas épocas actividades alternativas al modelo asilar clásico, como ser, la educación física, espacios de expresión plástica y se siguen pensando nuevas estrategias. Marta Conde, actual Directora del Departamento de Servicio Social del Hospital Vilardebó, plantea que ejemplos de esto son *"la huerta, la pintada de los muros, hacer del hospital como un promotor cultural...la gente ahora está como más dispuesta a trabajarlo y aceptarlo, hay más espacios para aceptarlo y aprovecharlo"*⁸. Es en este momento de cambios, en la estructura y funcionamiento del Hospital, que se consolida la Reforma del Sistema de Salud.

⁶ Fragmento de entrevista al Director del Hospital Vilardebó Lizardo Valdés (médico psiquiatra) "La Salud Mental es la Cenicienta de la Reforma" en: www.larepublica.com.uy

⁷ La esquizofrenia, F20 de acuerdo a la tipología esbozada en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las patologías psiquiátricas y la clasificación allí presentada es de las más utilizadas entre los/as profesionales del área), es definida como una enfermedad crónica grave, asociada con un alto grado de discapacidad. Se caracteriza por una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. Una persona con este diagnóstico por lo general va a mostrar un pensamiento desorganizado (laxitud asociativa), delirios, generalmente alteraciones perceptuales (alucinaciones), alteraciones afectivas (en el ánimo y emociones) y conductuales o de relacionamiento. El habla y el comportamiento son afectados y pueden tornarse hasta incomprensibles. Sin embargo, vale hacer referencia al hecho de que supone un diagnóstico vago, en torno al cual no hay consenso médico en relación a lo que es y lo que implica. Hay varios autores que cuestionan la misma existencia de la patología y plantean que es una especie de "conglomerado" de todo lo que se desconoce, por lo cual quedan agrupadas bajo este diagnóstico personas con síntomas y características bastante disímiles, lo que hace aún más difícil el trabajo. Las cuestiones planteadas en este trabajo en torno a las definiciones de discapacidad, sumadas a este hecho deberían plantear al menos un cuestionamiento al momento de trabajar a partir de estos diagnósticos, sobre qué es lo que se está diagnosticando.

⁸ Elementos tomados de entrevista realizada a Marta Conde (Ver Anexo N°4)

CAPÍTULO II

Contexto socio-económico.-

*“La comarca y el mundo, lo específico y lo diverso,
las identidades culturales y las uniformidades planetarias
son las caras de una misma moneda
que forman el mapa complejo desde el cual
se tejen las relaciones, las alianzas
y los conflictos entre los diversos actores
de la “aldea global””*

Marsiglia, J.; Pintos, S.

No caben dudas que el Uruguay de hoy ya no es el Uruguay estatista de principios del siglo XX. En las últimas décadas el sistema capitalista se ha modificado profundamente, actualmente estamos frente a una nueva configuración del capitalismo mundial, caracterizada por una serie de modificaciones en el padrón de acumulación como en el padrón de regulación, afectando las formas que asumen los Estados (Harvey; 2004).

A partir de la década del sesenta, es posible apreciar el agotamiento de los Estados de Bienestar⁹, debido fundamentalmente a una profunda crisis de la rentabilidad del capital y las formas de regulación subyacentes. Sobreviene entonces una fuerte ofensiva del capital, a partir de la cual los Estados-Nación ceden y dan paso a una economía globalizada. Se impone un padrón flexible de acumulación, sustentado ideológicamente en la corriente neoliberal, con un profundo impacto en las políticas públicas.

El Estado de bienestar, fue duramente criticado desde múltiples esferas, acusado de generar la crisis y no ofrecer respuestas al estancamiento económico;

⁹De acuerdo a lo planteado por Bobbio y Matteuci (1982: 612) el Estado de Bienestar “se basa en un sistema teórico keynesiano, lo que supone una nueva política económica basada esencialmente en la intervención sistemática del estado, al que asigna un papel económico central. A él concierne, en efecto, la tarea de ejercer una función directiva sobre la propensión al consumo a través del instrumento fiscal, la socialización de las inversiones y la política del pleno empleo. (...) Se basa en el convencimiento de que el mercado autorregulado no es capaz de registrar y satisfacer ciertas necesidades materiales y morales que además son fundamentales tanto para los individuos en cuanto tales como para la colectividad”.

esto implicó una revisión del padrón de acumulación capitalista monopolista (fordista-keynesiano) así como del régimen de regulación socio político a él asociado. Esta situación derivó en el pasaje a un régimen flexible como forma de hacer frente a la crisis imperante, sin afectar mayormente los intereses del capital (Harvey; 2004).

“El modelo económico privilegiado durante la década de los 80s y 90s en América Latina y los procesos de reforma económica subsiguiente, implicaron la eliminación o disminución de aranceles proteccionistas y subsidios internos, redujeron el gasto público, privatizaron empresas y actividades estatales, y desregularon los mercados financieros y laborales. Los costos sociales, como muestra la evolución de la pobreza y la desigualdad en el período, fueron muy altos” (Moreira; 2001:3).

Es importante destacar que, a pesar de sus modificaciones, el sistema capitalista sigue imponiendo sus reglas de funcionamiento, ahora complejizado, *“...mundializado y globalizado, el capitalismo se renueva y renueva su abanico de contradicciones, acentuando su carácter políticamente excluyente, socialmente destructivo y culturalmente barbarizante” (Netto en Lema; Espasandín; 2004:127)*

Por otra parte, se puede apreciar que si bien esta situación presenta características comunes a todos los países de América Latina, también son importantes las diferencias derivadas de las diferentes trayectorias y tradiciones de cada país.

“Una primera explicación, viene del distinto “legado” con que los países contaban, antes de la crisis de los 80s y la aplicación de las reformas económicas, más concretamente, los “superávits sociales” que supo generar la aplicación de los modelos de industrialización basados en la sustitución de importaciones, que generaron un desarrollo industrial orientado al consumo interno, una mayor protección del Estado a las fluctuaciones y competencia internacional, un mayor nivel de urbanización, un mayor grado de sindicalización, y un mayor desarrollo de los servicios de Estado en general.(...) También en la aplicación del nuevo modelo de desarrollo, la intervención del Estado y el tipo de régimen político son importantes para entender los distintos desempeños que existen hoy en América

Latina, en materia de pobreza y desigualdad” (Moreira; 2001: 4)

Uruguay y Chile, son según esta autora dos países en los que se ha logrado un cierto crecimiento económico sin evitar un importante deterioro social y afirma que, *“Uruguay is a relatively liberalized economy even though it made few reforms after 1985”* (Morley, 1999: 20 en: Moreira; 2001:9)

Entonces, a partir del giro que ha dado la política económica, incentivado desde organismos internacionales de crédito (cuya incidencia a nivel de decisiones “internas” es cada vez mayor en países de economía capitalista dependiente) se ha impulsado en el Uruguay, un modelo de “plaza financiera” a costa de una distribución regresiva del ingreso.

Constanza Moreira (2001:8) plantea que elementos tales como *“el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, el estancamiento económico que se verifica desde fines de la década del sesenta, y el modelo regresivo que impuso la dictadura uruguaya, contribuyeron al empeoramiento de los niveles de calidad de vida de los uruguayos, que hacia los cincuenta, se perfilaban entre los mejores de América Latina. En particular, el incremento de la desigualdad social, el aumento de la pobreza, y la caída del poder adquisitivo de los trabajadores, implicaron una situación de vulnerabilidad creciente de buena parte de los “robustos” sectores de clase media que habían controlado la situación política del Uruguay, así como la precarización de vida de las clases de menores recursos”*.

Luego de la salida de la dictadura, en Uruguay se discute también la Reforma del Estado, apuntando a reducir sus costos, aumentando su eficacia y eficiencia en la gestión, fundamentalmente basado en los conceptos del gerenciamiento¹⁰. Vale destacar que las nefastas repercusiones producidas a nivel social por este nuevo modelo neoliberal (entre otros factores), han permitido el

¹⁰ En el texto “Hacia una gerencia social eficiente”, se realizan algunas reflexiones acerca del carácter estratégico del gerenciamiento: *“Según indica, la evidencia de fines del siglo XX demuestra que ese gasto es una palanca eje del desarrollo futuro. Educación, salud, y nutrición entre otros no son en realidad gastos sino “inversiones” de muy alta rentabilidad, y los países que han asignado recursos sostenidos a estos campos, y los han manejado con eficiencia, están cobrando ahora réditos muy importantes en términos de progreso, y ventajas competitivas. Por su parte, el Presidente del Banco Mundial James Wolfensohn afirma que “sin desarrollo social paralelo, no habrá desarrollo económico satisfactorio”. La existencia de desarrollo social, no sólo es deseable de*

ascenso de gobiernos de izquierda en varios países de América Latina. Así puede interpretarse lo planteado por Antonio Escobar, cuando manifiesta que este giro a la izquierda de América Latina es producto de la crisis del modelo neoliberal, acompañada de la crisis del modelo cultural de la modernidad¹¹.

La asunción del gobierno del EP FA NM ha producido ciertos cambios en la perspectiva sociopolítica del Uruguay, sin embargo, dichos cambios no alteran estructuralmente ni el sistema de producción imperante, ni tampoco se modifica sustancialmente la política económica. Antonio Elía plantea que *"luego de tres años de administrar la economía del país y a pesar del crecimiento sustancial del producto no se ha recuperado el salario real a los niveles anteriores a la crisis y sigue siendo tan baja la participación de los trabajadores en el ingreso nacional disponible. El crecimiento de los indicadores macroeconómicos no llega al bolsillo de los trabajadores: ese es el problema"*.¹²

Lo que si puede decirse, es que se han promovido ciertas políticas sociales redistributivas, pero sin cuestionar el crecimiento económico a las ganancias del gran capital. No se desmantela el modelo neoliberal, sino que se construye a partir de él, desde la implementación de ciertas políticas redistributivas que puedan hacer frente a los crecientes niveles de exclusión social y económica generados a partir del distanciamiento cada vez mayor entre las diferentes clases sociales. Esto puede entenderse como un movimiento hacia una lógica alternativa, que no es lo mismo que un cambio de modelo.¹³

Fernando Calderón (2006) en un esfuerzo analítico por acercarse a la comprensión de este nuevo fenómeno elabora una tipología en la que gobiernos como el uruguayo (en diferente medida acompañados por el caso chileno) se encuentran en la categoría de Reformismo pragmático, también denominados como gobiernos de izquierda neoliberal. Según este autor *"países como Chile y*

por sí mismo por sus múltiples implicancias en el perfil de la sociedad; sin ese "piso" los avances económicos carecen de sustentabilidad". (B. Klisberg, 2005:2)

¹¹ Elementos trabajados por Antonio Escobar en ciclo de charlas denominado "Ambiente, (post) desarrollo y Globalización en América Latina" realizadas en Montevideo entre los días 14 y 16 de Mayo de 2008.

¹² Fragmento de entrevista realizada al economista Antonio Elía de la Red de Economistas de Izquierda, publicada en www.larepublica.com.uy (2008)

- La Atención a la Salud Mental en el marco del proceso de Reforma del Sistema de Salud -

Brasil, con sus aliados Argentina y Uruguay, se han embarcado en proyectos de centro izquierda, con lógicas más laicas e igualitaristas, pero con realismo de mercado desde el punto de vista económico” (Calderón; 2006:4)

Es en este escenario que se dan ciertas transformaciones en el sistema de salud, analizadas en capítulos siguientes.

¹³ Elementos trabajados por Antonio Escobar en ciclo de charlas denominado “Ambiente, (post) desarrollo y Globalización en América Latina” realizadas en Montevideo entre los días 14 y 16 de

CAPÍTULO III

Transformaciones en el Modelo de Atención a la Salud Mental.-

Como ha sido planteado, se constatan cambios muy importantes en el modelo de atención a la salud mental. Sin lugar a dudas esto es parte de un proceso histórico complejo en el que varios factores interactúan.

Ya a comienzos del siglo *“la crisis de la revolución industrial, la revolución bolchevique, las nuevas modalidades organizativas del movimiento obrero, las presiones que este ejerce, la aparición de las ciencias sociales y las nuevas corrientes en psiquiatría, van a conformar un panorama desde donde comenzará a criticarse el sistema asilar de los manicomios”* (Carballeda; 2004:3). Comienzan a ganar terreno elementos que exceden lo biológico y lo jurídico, aspectos sociales empiezan a influenciar la criminología y la psiquiatría.

A mediados de siglo, con el advenimiento de los estados de bienestar abocados a un nuevo contrato social, de responsabilidad con la ciudadanía y consagración de derechos, se concreta el rol protagónico de lo social en el campo de la salud. A pesar de que aún permanecen fuertes remanentes de las concepciones históricas, los cambios comienzan a producirse, por el momento estableciéndose a nivel normativo.

Para poder analizar las transformaciones procesadas en las últimas décadas en el modelo de atención a la salud mental en Uruguay, se impone entonces tener presentes diferentes elementos:

Por un lado, cambios a nivel intelectual, área en la que se puede apreciar una crítica feroz a la psiquiatría tradicional; ya a partir de comienzos del siglo XX desde nuevas corrientes de pensamiento como ser el psicoanálisis y la antipsiquiatría que apuntan a las *desbiologización* de la enfermedad mental, así como subrayan los efectos nefastos de la modalidad asilar en la salud de las personas allí internadas (consolidándose en la década del sesenta). Esta crítica intenta limitar el poder médico sobre la enfermedad mental y comenzará a incluir

otros aspectos en el análisis, como ser los antropológicos, psicológicos, así como un énfasis cada vez mayor en lo social, entre otros.¹⁴

Es así que, a partir de mediados de la década del sesenta en Uruguay comenzarán una serie de movimientos que derivarán en el cambio del *"paradigma asistencial de la salud de asilar- custodial al de las estructuras extra hospitalarias y de la integración de la asistencia psiquiátrica a la atención médica general"* (Acuña; 2004:195).

Estos cambios, tendrán como resultado la elaboración en 1986 del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) *"definiendo tres grandes ejes de transformaciones en el sector: 1) el reforzamiento de la asistencia en el primer nivel, es decir, estrategia de trabajo en la comunidad; 2) la creación de las Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales y 3) el cambio en el modelo de asistencia de los pacientes portadores de enfermedades crónicas, lo que implicaba la adecuación de las viejas estructuras hospitalarias asilares"* (Acuña; 2004:194).

Lizardo Valdez, actual director del Hospital Vilardebó y Dirección de ASSE de Salud Mental (Administración de los Servicios de Salud del Estado), expresa que *"desde cualquier perspectiva por donde se quiera mirar la salud mental al día de hoy, no se puede desconocer el proceso histórico que ésta ha ido tejiendo desde la creación del PNSM elaborado a la salida de la dictadura en el año 1986. Dicho proceso fue construido desde múltiples espacios relacionados al fenómeno de la salud mental. Hablo de lo estatal, la academia, los gremios y sindicatos. Mucho de lo que hoy existe es salud mental es reflejo del espíritu plasmado y consagrado en la letra del plan"*¹⁵

El PNSM será puesto en práctica una década después, en 1996. En este momento, en virtud del tercer eje, se redefine el papel del Hospital Vilardebó sufriendo cambios importantes en su estructura y organización, aumentando en

¹⁴ Este proceso lleva varias décadas y es bastante más complejo que lo aquí descrito. Emiliano Galende en "Psicoanálisis y salud mental" lo describe a partir de los que el denomina dos movimientos de reforma psiquiátrica detallado en: CARBALLEDA, A.; "Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares", s/e, La Plata, 2004

¹⁵ Tomado de entrevista realizada a Lizardo Valdez, adjuntada en Anexo N°2

cincuenta camas su capacidad. Quedó establecido que sea el hospital de agudos¹⁶ de asistencia de la salud mental a nivel público de Montevideo y área metropolitana, así como referencia nacional. Concomitantemente se produce el cierre del Hospital Musto, hasta el momento designado como hospital de agudos con una capacidad de albergar a 350 internados/as. Los/as pacientes crónicos de ambas instituciones pasan a las Colonias de crónicos, Etchepare y Santín C. Rossi, o con sus familias. De la lectura del plan se desprende que se espera que la disminución de plazas sea amortiguada por el apoyo de las redes familiares y comunitarias, continuando el tratamiento de forma ambulatoria.

Existen también otras lecturas posibles, acerca de las causas que derivaron en este proceso de modificación del modelo de atención a la salud mental, o al menos que dan cuenta de la incidencia de otros factores que exceden los avances académicos del área. Así queda planteado por Marina Grela, quien sostiene que *"en otros gobiernos anteriores se habían puesto con que había que cerrar el Musto, porque era mucho problema, mucha pérdida, mucho gasto... (...) ocurrían muchas cosas, muchas muertes, muchísimo abandono de pacientes como en las colonias. Las colonias siguen existiendo, pero como en esa cosa de que uno ya sabe que va a las colonias a desaparecer... es una cosa dantesca. (Esta es) una de las patas... había que hacer algo....(...), se había querido cerrar el Vilardebó, porque en el Hospital Vilardebó también pasaba eso, pero lo impidió la gran lucha de los familiares, pero igual se fue desmembrando... fue en el 1983 que se quiso cerrar y después fueron por el Musto, se dejó desmembrar hasta que hubo que cerrarlo, ya no servía para nada y allí es donde se crea la salud mental como algo comunitario, toda la gente que trabajaba en el Musto fue derivada a las policlínicas. Allí se le dio como una importancia a la salud mental, se crea el programa prioritario y fuimos incentivados, el dinero que salió del Musto fue repartido en todas las policlínicas, como una forma de justificar que la salud mental tenía un lugar prioritario"*¹⁷.

Vale recordar que otra década ha pasado desde la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y corresponde nuevamente un análisis del estado de

¹⁶ El cambio de modelo asilar a Hospital de Agudos, implica fundamentalmente una reducción en el tiempo de estadía. En función del cambio, las estadías no deberían superar los treinta días, aspirando llegar a un promedio de veinte días.

¹⁷ Elementos tomados de entrevista realizada a Marina Grela (Ver anexo N°3)

situación de la atención a la salud mental en el Uruguay. Para comienzos del siglo XXI se denunciaba un escenario de estancamiento y de retroceso en algunas áreas, así como una frágil estabilidad de aquellos cambios que sí pudieron ser llevados a cabo, afirmando la crisis del modelo sanitario en cuestión. Se destaca que no se han consagrado otros centros de atención de tercer nivel (como ser salas de internación en el Pasteur, Clínicas y/o en el Departamento de Canelones). Los centros diurnos han quedado aplazados y por lo tanto no están cumpliendo su función de aliviar la presión sobre los hospitales y las colonias no han podido superar la modalidad asilar (Acuña; 2004).

Con la finalidad de ilustrar la situación actual de los centros diurnos, Marina Grela plantea que *“El relacionamiento con los centros diurnos es bueno en tanto los pacientes tengan pensión por invalidez y los centros tengan cupo suficiente, es bárbaro. El problema comienza cuando el paciente no obtuvo la pensión, no por su diagnóstico de incapacidad, sino porque un familiar directo obligado tiene ingresos que figuran el Banco de Previsión Social y este lo considera no indigente, y ese familiar obligado a cubrir sus necesidades, entonces quedamos solo con tres centros que son el Hospital Vilardebó, Casa Sayago y el patronato. Allí va a depender mucho del paciente y el relacionamiento que tenga con estas Instituciones además de las propuestas que algunas veces no son lo que los pacientes están esperando. Las propuestas son escasas para retardo mental, y para trastornos de personalidad, nada”*.

Vale destacar que este hecho no es menor dada la relevancia que tiene la existencia de los centros diurnos, ya que los mismos se constituyen como elementos centrales para garantizar la implementación exitosa y responsable del PNSM.

Es así que, la implementación del PNSM ha tenido serias limitantes y no se ha podido dar cabal cumplimiento a lo que en él se plantea, lo que podría llevar a un cuestionamiento acerca de las causas y alcances del proceso de Reforma, ya que al analizar la implementación de una determinada política debemos tener en cuenta la interacción de varios actores,

cada uno con distintas lógicas y objetivos.

Sin embargo, la salud mental aparece como uno de los programas prioritarios de la Reforma; aspirando a retomar lo planteado por el PNSM, reforzando las redes comunitarias y familiares, dinamizando los centros diurnos y la rehabilitación de los/as enfermos/as.

Lizardo Valdez plantea que *“hoy la salud mental está transitando por un proceso fuerte de consolidación (...) hoy por hoy estamos trabajando para la salud mental y no para la enfermedad mental”*, a lo que agrega *“de todas formas esto que acabo de decir no se puede objetivizar como un proceso lineal y mecánico, por el contrario, el proceso es dinámico y complejo, producto de contradicciones, tensiones y resistencias”*¹⁸. Plantea también que los cambios que al momento se han consolidado “por escrito” aún no han permeado las actividades de los profesionales en su quehacer cotidiano.

A lo que añade: *“Ahora bien, me atrevo a decir que desde está administración hubo un aceleramiento y una profundización vertiginosa de la implementación del plan labrado en el 86. Esto no desconoce que se han realizado múltiples esfuerzos desde lo estatal y lo privado por desarrollar el programa en otras administraciones. Allí están para testimoniarlo la descentralización de los equipos de salud mental en el año 96. En ella se llevaron los equipos de salud mental a las policlínicas comunitarias”*¹⁹.

Sin embargo, además de esto es preciso reconocer otros elementos; así lo plantea la A.S. Marina Grela (coordinadora del anexo de salud mental de Piedras Blancas). *“Yo creo que los recursos están destinados para hacer una tarea asistencial, después teóricamente te piden que hagas una tarea de promoción. (...) En la realidad, la realidad te invade; ya sea porque hay un acostumbramiento o una formación de trabajar lo individual, ya sea porque la demanda te invade – 10 pacientes cada cuatro horas – y realmente llegan los médicos a regañadientes y muy enojados porque realmente no pueden (...). O sea, si bien el modelo pretende*

¹⁸ Elementos tomados de entrevista realizada a Lizardo Valdez (Anexo N°2)

¹⁹ Tomado de entrevista realizada a Lizardo Valdez (Anexo N°2)

tener unas acciones de prevención, en la realidad son a mucho pulmón a mucho esfuerzo". Con relación a la afirmación de Valdez de que "la promoción y prevención desde lo comunitario y el trabajo con el entorno inmediato del usuario forman parte de la batería de prioridades del modelo y sistema que hemos venido implementando",

Marina Grela agrega: "Yo cumplo dos funciones, no puedo dejar este equipo para ponerme a hacer tareas de promoción en la comunidad porque todo lo demás demanda la figura de la coordinadora acá presencialmente, entonces poco puedo hacer afuera, este equipo poco puede hacer de promoción, los que están haciendo algo son los psicólogos y los psiquiatras lo que están haciendo, han empezado a hacer "como comunidad o promoción", son visitas domiciliarias, que es un logro impresionante que este equipo hace"²⁰.

Ampliando acerca de las posibilidades reales en la actualidad de la promoción en salud, para los equipos ubicados en las policlínicas comunitarias, Marina Grela plantea (con relación a las visitas domiciliarias): *"Lo maneja el médico, es por demanda, es un logro, de ahí a ser tareas comunitarias... obvio que no tiene nada que ver, pero por lo menos ven al paciente y su familia. Y los psicólogos, sí que antes trabajaban más en consultorio, y ahora si están más con algunas tareas específicas de promoción, hay una que está con el tema de tabaquismo con grupos y el otro participa en las redes zonales. O sea que los psicólogos están haciendo un poquito más de tareas a nivel de comunidad en promoción, sí se hubieran asignado más recursos como para hacer tareas de prevención, quizás mejoraría, se podría hacer. Hoy por hoy, se trata de hacer una tarea asistencial y con algunas tareas vinculadas a la comunidad, creo que es el gran desafío. Desde la práctica nos cansan a estadísticas... y también se ha hecho ahora una cosa que me parece bastante buena que es el servicio de seguimiento de los pacientes que están internados en el Hospital Vilardebó y pasan a la comunidad y también esto parecería bueno, pero siempre se trata de la asistencia, no de la prevención, prevención solo en términos de seguimiento"²¹.*

²⁰ Tomado de entrevista realizada a Marina Grela (Anexo N°3)

²¹ Tomado de entrevista realizada a Marina Grela (Anexo N°3)

De acuerdo a lo planteado por la A.S. Marta Conde (Coordinadora del Servicio Social del Hospital Vilardebó), los mayores obstáculos para la consagración del nuevo modelo planteado son *“de recursos, pero sobre todo de recursos mentales. La situación te agota la capacidad de pensar en cosas que sean más bien de promoción en salud”*. Añade que *“actualmente (el modelo) está pensado como para compensar, compensar la enfermedad, que no es lo mismo que restituir la salud”*²².

Otro elemento que surge de las entrevistas, es el hecho de que las formaciones académicas de los profesionales aún no dan cuenta de los cambios procesados a nivel teórico y práctico en el área de salud mental. Marina Grela plantea que *“en la facultad, los médicos salen entrenados para hacer asistencia, no salen entrenados para hacer promoción...”*²³.

A partir de las entrevistas realizadas, así como en la práctica curricular de MIP III en el Hospital Vilardebó, se puede decir que más allá de lo resuelto a nivel formal, son varios los aspectos que juegan para que esto se plasme en hechos, tal como pretende ser mostrado en este trabajo.

Sistema Nacional Integrado de Salud.-

Ahora bien, más allá de sus especificidades, los cambios procesados en el modelo de atención a la salud mental, se enmarcan en el modelo de atención a la salud existente en Uruguay. Por lo que es preciso hacer referencia a qué se entiende por modelo de atención, así como las modificaciones recientemente introducidas al mismo.

Es así que puede definirse el *modelo de atención* de salud de la población como la forma en que la sociedad, ante los determinantes sociales y biológicos, organiza sus recursos humanos, tecnológicos y materiales para afrontar

²² Tomado de entrevista realizada a Marta Conde (Anexo N°4)

²³ Tomado de entrevista realizada a Marina Grela (Anexo N°3)

integralmente los riesgos de la salud y proporcionar los servicios de promoción o fomento, prevención y atención médica.

Por lo tanto, el modelo de atención, determina la forma de organización de los sistemas de salud, entre los niveles antes descritos, e influye en las modalidades de atención ambulatoria, de internación, en el perfil de los recursos humanos (técnicos, especialistas), en el estilo de trabajo y el tipo de prestaciones, las relaciones entre efectores, entre éstos y los usuarios, participación comunitaria, coordinación intersectorial y los mecanismos de financiamiento.

Consecuentemente, un cambio en el modelo de atención significa cambios en los contenidos de la atención, en las prácticas de trabajo, en la distribución de los recursos, en las decisiones de inversión, en las competencias del sistema de salud en las normas que rigen el funcionamiento del sector, así como en las relaciones entre los distintos componentes del sistema.

Como se ha planteado, los modelos de atención y los sistemas de salud no son estáticos, sino que varían interactuando con los diferentes contextos socio políticos y económicos, por lo que entre otras cosas conviene *“tener en cuenta que el contexto socio político uruguayo, hoy por hoy, se caracteriza por un temperamento gradualista, y que para proyectar los cambios se debe partir de un análisis histórico del sistema”* (Piotti; 2001:219). A pesar que los planteos de Piotti son para el comienzo del siglo XXI, cabe preguntarse acerca de su validez para la realidad actual. En este sentido es importante destacar que se han producido cambios importantes en el escenario de los últimos años, fundamentalmente vinculados a la asunción del gobierno del EP-FA-NM, siendo uno de sus objetivos clave la Reforma de la Salud²⁴. Dicha reforma enfatiza un cambio sustancial en la concepción de la salud; ahora entendida como un bien social, un derecho humano que el Estado debe garantizar²⁵.

²⁴ EP-FA-NM. Encuentro Progresista – Frente Amplio – Nueva Mayoría

²⁵ Históricamente, en nuestro país, el cuidado de la salud ha sido concebido como un deber de los individuos, así lo consagra nuestra constitución en su **Artículo 44**.- *“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”*.

La Reforma se plantea (y así lo establece en las leyes aprobadas) como ejes centrales la modificación del modelo de atención y establecer un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) público - privado, financiado por un Seguro Nacional de Salud; orientado por los siguientes principios: universalidad, equidad, participación, eficacia, eficiencia social y económica, descentralización social, gestión democrática, entre otros²⁶. Se privilegia la prevención y promoción en salud, la atención primaria en salud, fortaleciendo el primer nivel de atención. Se apunta a la consolidación de un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios/as y usuarios/as, desde una perspectiva de derechos.

De acuerdo a Lizardo Valdez *“Sin lugar a dudas la implementación del SNIS es un facilitador, debido que él consagra muchos de los temas que hemos visto más arriba. En términos generales, las tres leyes institucionalizan un modelo que viene para quedarse y transformarse en política de Estado. No podemos desconocer como facilitador la voluntad política de la actual administración para con la salud mental. A la fecha de hoy dentro de la organización de ASSE se instituyó la Dirección de Salud Mental y Geriátrica de ASSE, dejando en el pasado el lugar confuso que ésta tenía en la organización del novel ente estatal”*.²⁷

²⁶ Tomado de la ley N°18.211

²⁷ Elementos tomados de entrevista realizada al Dr. Lizardo Valdez (Ver anexo N°2)

Alcances de la propuesta.-

*“Con un cauce más bien desconocido
el futuro es un río de futuros
cada día que pasa es un quien sabe
donde lo venidero sigue oculto”*
Mario Benedetti

En un intento por comprender los alcances de la propuesta, es que se plantea que el actual sistema de salud uruguayo comienza a tomar forma ya a finales del siglo XIX, consolidándose hacia la mitad del siglo XX. Siguiendo a Diosma Piotti (2002:198) puede afirmarse que *“por su propio devenir y conformación histórica, basa su statu quo en el mantenimiento de ciertos rasgos que lo convierten en un sistema cautivo y perverso, caracterizado por importantes grados de desarticulación, falta de coordinación, control y regulación, rigideces corporativas, escaso énfasis en la prevención y en el primer nivel de atención, numerosas superposiciones de servicios, escasa capacidad de gerenciamiento y mala distribución del gasto total. En consecuencia, sus grados de ineficiencia e ineficacia son más que importantes”*. Estos elementos suponen un gran desafío para la efectivización de la Reforma, ya que la misma plantea un énfasis muy fuerte en la coordinación y control del MSP para todo el sistema.

Vale destacar que **los cambios planteados trascienden ampliamente al sector salud y se vinculan intrínsecamente con un cambio profundo en la sensibilidad de los uruguayos y uruguayas; suponen, entre otras cosas, el desmantelamiento del proceso de medicalización de la sociedad.** Asimismo implican un refuerzo a nivel de otras políticas públicas, funcionando a nivel de promoción en salud en un sentido amplio.²⁸ Sin lugar a dudas, eso supondría un cambio estructural y de consolidarse llevará muchos años, por lo que es muy pronto para aventurar conclusiones.

²⁸ Según Víctor Estrada, *“promoción en salud es acción. Cuando se habla de promoción se está en el terreno de la acción, de acciones coordinadas con una dirección y una finalidad. cuando se utiliza el término promoción en salud, implícitamente o explícitamente se está planteando la necesidad de defender, de elevar la calidad y la dignidad de la vida. (...) Es sacar la salud del ámbito hospitalario y de las cuatro paredes de los consultorios, para reubicarla, para contextualizarla en los espacios donde acontece la vida”* (Estrada; 2006:207)

Asimismo, es factible referirse a las políticas sociales como *“objeto y resultado de procesos de decisión política que ocurren dentro de un determinado estilo de desarrollo”* (Sottoli; 2000:4). Una Reforma como la planteada, cuenta con el apoyo del gobierno, pero también de parte del movimiento sindical y en buena medida con las corporaciones médicas y mutuales, seguramente de otra manera no se hubiera podido implementar. Sin embargo, el apoyo logrado, se sostiene en el hecho de que la reforma no amenaza sustancialmente al *statu quo* existente, lo que supondría una revisión profunda de la política económica. En este sentido Antonio Elía plantea que *“la reforma de la salud pega en la misma herida que abrió la reforma tributaria: los trabajadores de medianos ingresos. Y aplica la misma lógica, la redistribución debe darse entre trabajadores y no se debe afectar al capital”*. A lo que agrega que *“la primera parte de la reforma otorga asistencia a 30 mil funcionarios públicos y a los hijos menores de 18 años de los trabajadores del sector privado, pero se le cuestiona que en su diseño y elaboración no han participado los trabajadores organizados; que su financiamiento se realiza aumentando el aporte de los trabajadores (3 por ciento los que tienen hijos, 1,5 por ciento los restantes) en tanto no aumenta el aporte patronal; y que se fortalecen principalmente las mutualistas, a las que se afilian masivamente los nuevos beneficiarios del financiamiento gubernamental y no al sistema de salud público, al que no se transfieren esos recursos”*.²⁹

²⁹ Fragmento de entrevista realizada al economista Antonio Elía de la Red de Economistas de Izquierda, en www.larepublica.com.uy (2008)

Algunas Cuestiones al Respecto.-

*“El verdadero viaje del conocimiento,
no consiste en buscar nuevos caminos.*

Sino en tener nuevas miradas”

Marcel Proust

Como se ha planteado, creemos válido preguntarnos si las transformaciones procesadas responden a una *neofamiliarización*³⁰ de la atención de las personas afectadas por patologías mentales o a un posicionamiento más “humano” de la psiquiatría al respecto. Sin dudas que la respuesta no es clara ni tan simple, excediendo los límites de este trabajo, por lo que se intentará presentar una serie de elementos que puedan ayudar a la comprensión de los alcances de la misma.

Como hemos visto en el área de la salud mental las transformaciones han comenzado con anterioridad a la Reforma del Sistema de Salud. Los cambios comenzaban a procesarse ya a partir del PNSM elaborado en 1986 y puesto en práctica en 1996.

En cierta medida podemos decir que la reforma del modelo de atención a la salud mental antecede a la Reforma del Sistema de Salud y en muchos aspectos son similares, los principios del PNSM son también principios de la Reforma; fundamentalmente la prioridad otorgada a la atención primaria y el énfasis realizado en la prevención de enfermedades. En esta línea comenzó el Hospital Vilardebó un proceso de transformación bien importante en su estructura y organización, al redefinirse su papel y consagrarse como “Hospital de Agudos” de asistencia a la Salud Mental para Montevideo y área metropolitana. Esto implica fundamentalmente cortas estadías de las personas allí internadas (con excepción de los pacientes judiciales), quienes cuando se encuentran compensadas, de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico, son externados.

³⁰ El neofamiliarismo puede ser definido, siguiendo a Mónica De Martino (2001:11), como “esta tendencia ideológica a hacer de la familia una unidad económica y política, de resolución de los problemas de la racionalidad global del modelo”.

Como ha sido planteado, los cambios se fundamentan en las enérgicas críticas que se han realizado al modelo asilar, aspirando que la disminución en los tiempos de estadía y la reducción de plazas (ante el cierre del Hospital Musto) sea amortiguada por el apoyo de las redes familiares y comunitarias, continuando los tratamientos de forma ambulatoria.

Ante estos planteos surgen varios cuestionamientos; en primer lugar acerca de las posibilidades reales de implementación de los mismos, teniendo en cuenta la coyuntura uruguaya. Es difícil discutir en la actualidad acerca de los efectos nocivos sobre la persona que tienen las internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos, sin embargo queda poco claro como se efectivizará finalmente el cambio.

Se ha planteado que la Reforma, en tanto política pública, supone un proceso sumamente complejo que trasciende los modelos de socialdemocracia o neoliberalismo planteados décadas atrás. En su formulación conjuga aspectos de políticas universalistas con elementos propios de las políticas neoliberales; por lo que entre otras cosas es válido cuestionarse si la Reforma no supone un proceso de **privatización de la atención a la salud**; ya que si bien el Estado asume la responsabilidad de atención de la salud de todos los uruguayos y uruguayas, lo hace a través de las mutualistas y en el caso de los hospitales públicos, apunta a que los mismos funcionen como empresas, se favorece la competencia dando preferencia en algunos casos a los actores privados. La gestión de los diferentes prestadores, en una primera instancia dependerá fuertemente de la capacidad de control y gestión del Ministerio de Salud Pública.

Como ha sido afirmado anteriormente, las patologías que alteran la salud mental, en tanto una de las formas que asume la discapacidad, tienen cierta vinculación con la clase social, no se distribuyen uniformemente en los diferentes estratos socioeconómicos. Sería interesante poder acceder a estudios que revelen las cifras para la situación uruguaya en el siglo XXI, pero a partir de los elementos planteados podríamos pensar que existen altas probabilidades de que la enfermedad mental se distribuya mayoritariamente en los estratos socio económicos más bajos. Esto podría vincularse con la fuerte presencia del sector público en la atención de la misma, ya

que implica pérdidas para los actores privados, pero faltan elementos para tales afirmaciones que quedan planteadas tan solo como interrogantes para avanzar posteriormente en el proceso de dilucidación acerca de cuáles son las condicionantes socio históricas que hacen que la salud mental sea entendida y atendida de una determinada manera y no de otra, particularmente desde las políticas públicas.

En este sentido, Lucía Amico (2005:78) sostiene que *"muchas veces encapsulados en la lógica neoliberal, se tiende a externar al paciente buscando soporte en comunidades precarizadas y en familias con escasa capacidad de continencia"*. Siguiendo a esta autora, podemos ver que generalmente los nuevos discursos no suponen una revisión de *"la psiquiatrización de la locura y el malestar subjetivo, sino que va por el lado del rol del Estado, la caída de lo público y el triunfo del mercado. La base de su cuestionamiento es el alto costo y la baja eficacia de los establecimientos estatales"*. Cobra plena validez cuestionarnos, si el nuevo modelo de atención planteado, realmente presupone la consagración del derecho humano a la salud, o corresponde también con un proceso de mercantilización de la misma, ya que entre los principios que guían la reforma, la universalidad y equidad de la misma, van acompañadas de la eficiencia económica.

Así planteado parecería que la salud entraría en el marco de las demás políticas públicas en las que el Estado en busca de esta eficiencia pasa de prestador de servicios a financiador de servicios privados, primando una visión de *las "políticas públicas como parte del gasto, no de la inversión... (y)... el concepto de desarrollo social se diluye y cede terreno al de compensación social"* (Vilas, 1997: 934 en: De Martino, 2001).

Se amplía la base de personas que resuelven sus necesidades vinculadas a la salud a través del sistema mutual y por otra parte se convierte a los hospitales y policlínicas de salud pública en empresas prestadoras de servicio, entrando en competencia con las demás ofertas del mercado. La atención a la salud no queda librada exclusivamente a los mecanismos de regulación del mercado, pero tampoco queda exenta de sus leyes, ya que en el corto y mediano plazo se mantienen diferencias significativas de acuerdo a la capacidad de pago; directamente, para los sectores más

altos o a través del aporte salarial para aquellos involucrados en relaciones formales de trabajo y la salud pública para los restantes. La reforma a la salud parece en este sentido, acoplarse con una **modalidad de gestión mixta** (público-privada), intentando mejorar la eficacia y eficiencia del gasto del Estado. Será necesario que pasen varios años, para poder confirmar si efectivamente los mecanismos del mercado son los que determinan la gestión del derecho a la salud o por el contrario este se consagra como un derecho universal, siendo la salud entendida en el sentido más amplio del término, desterrando el proceso de medicalización instaurado en nuestras sociedades.

En relación a este último aspecto vale realizar algunas salvedades, planteadas en este trabajo como meras reflexiones al respecto.

En primer lugar que parece un poco excesivo plantear que la Reforma es funcional con el modelo neoliberal, principalmente porque como hemos visto ciertos cambios se han procesado y pueden significar un avance en la consolidación de una ciudadanía ampliada, al incluir como derecho la salud y por lo tanto responsabilidad del Estado el garantizar un mínimo aceptable para toda la población³¹. Sin embargo, tampoco se puede desconocer que a pesar de lo que se ha denominado como “el giro a la izquierda” que se viene produciendo en varios países de América Latina, el sistema de producción capitalista permanece vigente e imprime en cada política social sus límites y posibilidades.

Por otro lado, también vale destacar que *“el concepto de desmercantilización sólo tiene relevancia para aquellos individuos que ya se hayan plena e irreversiblemente insertados en una relación asalariada”* (Andersen; 1999:65). Teniendo en cuenta esta afirmación, podemos revisar la idea de si la Reforma implica una mercantilización de la salud o por el contrario supone un avance hacia la consagración de la misma como un derecho humano, o incluso una especie de híbrido entre ambos.

³¹ En este momento se utiliza el concepto de ciudadanía en términos de T. H. Marshall (1967), quien plantea la misma como un status al que adscriben los derechos civiles, políticos y sociales en un proceso histórico evolutivo, de acuerdo a sus estudios realizados sobre la misma en Inglaterra. Vale destacar que los planteos de dicho autor son criticados, ya que en su análisis aparece como una idea lineal y acumulativa de los derechos que no da cuenta de la complejidad del proceso de consolidación de los mismos, ni responde ante las diferencias generadas en diferentes contextos, como América Latina. También vale mencionar, que dicho autor se limita a la expresión de los derechos sin dar cuenta de ciudadanía diferenciadas o ciudadanía de baja intensidad en términos

La Reforma plantea la universalización de las condiciones de acceso para todas aquellas personas involucradas en relaciones asalariadas formales, haciéndolo extensivo ahora a los hijos e hijas menores de dieciocho años. Por lo que podría decirse que, a través de prestaciones del Estado y el aporte de los/as trabajadores/as, es ahora mayor el porcentaje de personas que gestionan el riesgo a través de actores privados. Sin embargo, siguen existiendo importantes sectores de la sociedad que no participan del mercado formal del trabajo, es un sector que en los últimos años ha crecido ampliamente. De acuerdo a los datos del INE más del 35% de las personas ocupadas en el año 2006 (incluyendo el sector público), no estaban registradas en la seguridad social. Cabe preguntarse también por lo tanto, si la reforma no tiene como base también la estructura de políticas sociales típicas de los estados de bienestar de la década del cincuenta y sesenta, moldeadas en una sociedad en la que el cliente prototípico era el trabajador industrial masculino, y los niveles de formalización de las relaciones laborales eran mucho mayores, es decir; para una sociedad concreta con una determinada distribución de población que hoy en gran parte no resulta válido.

En este sentido Esping Andersen (1999:51) tiene en cuenta que *“la sociedad post industrial está alterando drásticamente la estructura de riesgos, debido en parte a la aparición de nuevas desigualdades, y en parte al mercado de trabajo y la transformación demográfica”*.

Sin lugar a dudas la estructura de la sociedad de principios del siglo XXI se ha modificado ampliamente, sin embargo se sigue asignando mayoritariamente a las mujeres las tareas de cuidado de los niños/as, adultos/as mayores y enfermos/as, por lo que para que la reforma no suponga una sobre carga de tareas para las mujeres, serían necesarios muy profundos avances en términos de democratización de las relaciones de género. Todos estos son elementos que no debemos desconocer a la hora de repensar las formas de atención a la salud mental.

En este sentido Amico nos recuerda que *“la reivindicación del Hospital Público no puede llevarnos al absurdo de defender el hospicio”*. *“Antes que plantear el fin del manicomio hay que desarrollar y garantizar los mecanismos*

de O'Donnell (1997) en relación a ciertos grupos para los cuales la enunciación de derechos no alcanza para su realización, vinculada a condiciones de pobreza y altos grados de desigualdad.

- La Atención a la Salud Mental en el marco del proceso de Reforma del Sistema de Salud -

sociales, políticos y jurídicos que se hagan cargo de la problemática de la locura. Entonces, cerrar el manicomio es un proceso complejo que incluye el riesgo de la mayor decadencia y demolición para estas personas que lo habitan" (...) "puede terminar alentando aquello que se pretende combatir: la marginación del loco"... y cabe agregar la culpabilización de la familia, tal como pretende dar cuenta el siguiente capítulo (Amico; 2005:77-78).

CAPÍTULO IV

Algunos aportes desde el Trabajo Social.-

“Lo mejor de nuestra piel es que no nos deja escapar”

Patricio Rey

Como fue planteado en la introducción, se entiende de suma importancia analizar los cambios procesados en el área desde el Trabajo Social, ya que son los que nos permiten entender las formas de posicionarse de los distintos actores involucrados y por lo tanto las posibilidades de acción que se nos presentan para poder transformar algunos aspectos de la realidad en la que estamos insertos/as.

En el área de salud mental las y los trabajadores sociales se vinculan con diversos aspectos de la misma, todos ellos importantes para tener en cuenta. Por un lado, las definiciones tanto de salud mental, como de las diferentes patologías que la alteran; por otro, las políticas públicas así como el modelo de atención existente para su atención. Asimismo, importan aspectos institucionales y concepciones predominantes acerca del rol o lugar que debe ocupar la persona afectada por alguna patología psiquiátrica y/o su familia, entre otros. A continuación se realiza una aproximación a los diferentes elementos mencionados, para propiciar un cabal posicionamiento del Trabajo Social en el área, así como para realizar algún aporte a las políticas públicas y/o institucionales existentes.

Enfermedades mentales y discapacidad.-

Como fue mencionado anteriormente, las enfermedades mentales conforman la mitad de las causas principales de discapacidad en el mundo, según un estudio divulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, se reafirma la prevalencia de una distribución desigual en relación a los diferentes estratos socio económicos, tanto de la enfermedad (incluida la enfermedad mental) como de la discapacidad, constituyéndose esto como un rasgo estructural de nuestras sociedades. En virtud de lo cual, siguiendo a Vallejos (2004), entendemos pertinente analizar la enfermedad mental en particular y la discapacidad en

general, como un *dispositivo de control de los cuerpos*, a partir de una serie de tácticas y tecnologías específicas³².

Entender *"la discapacidad como una producción social, inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad"* nos ayuda a comprender el por qué de dicha distribución desigual de la misma, incluyendo en el análisis los *"procesos históricos, culturales, sociales y económicos que regulan y controlan el modo a través del cual son pensados e inventados los cuerpos, las mentes, el lenguaje, la sexualidad de los sujetos"* (Skliar en: Vallejos; 2004: 7)

Sin embargo, se coloca la discapacidad en el terreno del binomio salud-enfermedad, por lo que parece inevitable el protagonismo que asume el poder médico para definirla y medirla, objetivándola en diagnósticos definidos a partir del binomio normal-anormal. Aparecen instituciones específicas y profesiones destinadas al tratamiento de la discapacidad que legitiman el diagnóstico, poniéndolo como condición para el ingreso, también legitimado en el acceso a determinados bienes y servicios. Un ejemplo claro de esto es la Pensión por discapacidad y los tratamientos a los que habilita, los cuáles exigen un diagnóstico médico, cuantificado a través de los baremos aplicados para medir "los porcentajes" de discapacidad.

Definir la discapacidad a partir de un diagnóstico médico supone un déficit medible y objetivo a partir de la comparación entre lo que es y lo que debería ser. Vallejos siguiendo a Butler (2004:7) apunta a *"reconceptualizar el déficit, planteando que éste no es una 'realidad' simple o una condición estática del cuerpo sino un proceso mediante el cual las normas reguladoras materializan el déficit, la deficiencia, la anormalidad y logran tal materialización a partir de la reiteración forzada de esas normas"*.

³²). Vallejos define dispositivo en los términos de M. Foucault (1991

Familias y salud mental.-

Se han planteado a lo largo de este trabajo una serie de elementos que hacen a cuestiones más relacionadas con un nivel macro de análisis, sin embargo todos estos repercuten de diferentes maneras en la vida de las personas afectadas por distintas patologías psiquiátricas y sus familias. Es por esto que se cree pertinente realizar, desde la concepción de familia de la cual se parte, una breve lectura acerca del lugar que ocupa ésta dentro de la temática desarrollada.

Se hace referencia aquí a familias en plural, como forma de indicar un posicionamiento frente al análisis. Supone la imposibilidad de hacer referencia a una única familia, como aquella capaz de cumplir exitosamente con las funciones socialmente adjudicadas; socialización de los/as niños/as y estabilización de las personalidades adultas en palabras de Parsons³³.

Siguiendo a Miotto, partimos de una definición de familia, en tanto institución social históricamente condicionada y articulada con la estructura social en la que está inserta, destacándose que no se construye a priori como un lugar de felicidad y/o amor incondicionado entre sus miembros (1997:118). Este aspecto se relaciona con los planteos de Jelin, quien sostiene que la naturalización de este modelo (parsoniano) y su caracterización como lo normal, esconden *“el hecho de que siempre existieron otras formas de organización de los vínculos familiares, otras formas de convivencia, otras sexualidades y otras formas de llevar adelante las tareas de procreación y reproducción”*; así como también la visibilización de que a familia nuclear patriarcal está lejos de un ideal democrático (1998:16-17). Partiendo de estas afirmaciones deberíamos intentar analizar cuáles son los componentes históricos y/o estructurales que están presentes en las definiciones que utilizamos, así como cuales son sus implicancias políticas (en un sentido amplio del término).

Así, podemos apreciar que la descripción de Parsons, corresponde a un lugar y un momento determinado y se ajusta mayormente a un estrato social, es

³³ Talcott Parsons (1955), liderando la corriente sociológica de mediados del siglo XX describe como La familia “normal” y capaz de cumplir las funciones a esta adjudicadas, a la familia nuclear patriarcal.

decir, describe la proyección idealizada de la familia burguesa estadounidense en la década del cincuenta. Es preciso aclarar que esta definición merece ser cuestionada, más aun si aspiramos a realizar un análisis totalizante, partiendo del reconocimiento que en la sociedad capitalista, lo económico es un momento determinante, pero no exclusivo. Lo social se presenta disociado de lo económico y lo político. Sin embargo, siguiendo a Montañó, es preciso recordar el rol central del Estado en la reproducción de las relaciones sociales capitalistas, así como la capacidad de la burguesía de imponer hegemonía ideológica (en: Lema, S.; Espasandín, N., 2004).

En este sentido, P. Bourdieu (1997) manifiesta que debemos dejar de aprehender la familia como un dato inmediato de la realidad social para considerarla como un instrumento de la construcción de esa realidad. Las familias con las que trabajamos a lo largo de la práctica pre profesional dan cuenta de la gran diversidad de formas que adopta "la familia" en este momento histórico, así como de diversas estrategias de asimilación de la discapacidad en su seno. La mayoría de ellas no se adapta a la descripción parsoniana y que en general presentan dificultades para la incorporación "exitosa" de la discapacidad en la dinámica familiar. A ello se le suman elementos económicos, más psicológicos o subjetivos, relacionales, entre otros. Incorporar la discapacidad implica generalmente una elevación importante del costo de vida que la pensión muchas veces no alcanza a cubrir (cuando ésta es otorgada). La presencia continua de la persona con discapacidad, así como las crisis recurrentes implican un desgaste de los vínculos familiares (u otros), quienes generalmente acuden a los servicios técnicos cuando la situación ya ha desbordado a todos los miembros involucrados. Por otra parte, también está presente una construcción social fuertemente negativa de la discapacidad y mayor aún en el caso de las patologías psiquiátricas, que dificulta tal incorporación. A lo largo de las entrevistas mantenidas con familiares de las personas internadas en la sala, pudimos apreciar que es muy difícil asimilar que un familiar propio "repentinamente" se "vuelva loco", así como también pudimos ver como generalmente los psiquiatras no tienen reparo en plantear que la enfermedad tiene un componente genético muy importante, generando muchas veces culpa o dolor por lo que fue transmitido a los hijos o miedo de que eso le pueda pasar a más miembros de la familia.

Vale destacar que estos puntos son relacionados a nuestra práctica pre profesional, no estrictamente generalizables, pero sin duda altamente recurrentes en el área.

Demanda institucional.-

Elementos tales como, el análisis de la demanda institucional planteada al Trabajo Social el marco de las políticas públicas de atención a la salud mental, el posicionamiento del Hospital Vilardebó (entre otros centros de atención); suponen una serie de cuestiones a tener en cuenta.

El Trabajo Social es parte de los equipos multidisciplinarios con los que cuenta el Hospital para hacer frente a la atención de las personas allí internadas por trastornos psiquiátricos.

En la actualidad se trabaja a partir de definiciones más dinámicas de la salud mental, donde aspectos biológicos interactúan con otros psico sociales y culturales, así como también ambientales. En este sentido se define que el trabajo en esta área debe apuntar a la dilucidación de tensiones entre los aspectos psico-sociales y ambientales, a saber, aquellos aspectos vinculados al grupo primario, al ambiente social, a la enseñanza, situación laboral, vivienda, problemas económicos, acceso a los servicios médicos y/o interacción del sistema legal o del crimen³⁴.

El director del Hospital, Lizardo Valdez, plantea que *"se comienza a trabajar el paradigma de la salud mental como componente de la salud integral, dejando a la primera solo como forma de operativizar el trabajo teórico y práctico. Mencionado tránsito nos encuentra al día de hoy hablando de salud mental y ya no de la enfermedad mental. Pienso que una buena síntesis conceptual podría ser esto. Hoy por hoy estamos trabajamos para la salud mental y no para la enfermedad mental. Hoy por hoy dejamos de definir la salud de una persona por la negativa, hoy a la salud ya no la entendemos como ausencia de, sino como proceso dinámico y en interrelación con el medio"*³⁵.

³⁴ Así es definido por el eje IV del DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

³⁵ Elementos tomados de entrevista realizada a Lizardo Valdez (Ver Anexo N°2)

Es posible apreciar que en los últimos años se han desdibujado un poco los roles en relación de lo que atañe a cada profesión; manteniéndose firme la división y jerarquización entre las que “se ocupan” del área médica y las que “se ocupan” del área psico social. Estas últimas son las que presentan una mayor interpenetración; la Enfermería, la Psicología y también algunas áreas de la Psiquiatría han comenzado a trabajar en el área comunitaria, antigua y técnicamente reservada mayoritariamente al Trabajo Social.

De todas formas, en el Hospital Vilardebó, una Institución abocada al tercer nivel de atención de la salud mental, consagrada a nivel de discurso como Hospital de Agudos (implica cortas estadías); al Trabajo Social lo que se le demanda es que pueda agilizar el alta de las personas internadas coordinando con el primer y segundo nivel de atención, así como con recursos comunitarios y/o familiares.

Sin embargo, siguiendo a Mioto (1997:126) podemos decir que *“como están organizadas las políticas sociales no incluyen la idea de familia como una totalidad; al contrario, son implementadas en función de individuos”*. Dicha autora plantea que generalmente los espacios institucionales trabajan desde la perspectiva del *usuario-problema*, aquel que presenta alguna característica entendida como problemática y para la atención de la cual surgen instituciones especializadas. Se entiende que esto se halla estrechamente vinculado a una visión fragmentada de la realidad y por lo tanto también de las familias y la persona. Más allá de los cambios a nivel teórico o de discurso que se han producido en las últimas décadas en relación a las patologías psiquiátricas, promoviendo visiones más dinámicas e integradoras de la patología y el medio ambiente (en sentido amplio), existen realidades institucionales y subjetivas que implican que estas no penetren fácilmente en las prácticas diarias de los/as personas que trabajan en ellas.

Esto influye en la práctica del Trabajo Social ya que el Hospital Vilardebó no escapa mucho de estas descripciones y su trabajo apunta mayormente a la atención de patologías psiquiátricas. Su rol, así planteado, queda definido por el área temática, por lo que los demás

aspectos que hacen a la integridad de la persona, no puedan ser efectivamente abordados, generalmente se puede trabajar a partir de derivaciones a otras instituciones o profesionales.

Mioto (1997) sostiene que muchas veces la sectorialización de las políticas sociales y la inexistencia de canales de integración entre ellas implican un grado de inoperancia en relación a las familias.

Se ha planteado que este trabajo surge a partir de las inquietudes generadas a lo largo del proceso de práctica pre profesional, durante el que hemos podido apreciar una importante tasa de reincidencia en la hospitalización, así como importantes dificultades planteadas por las familias para hacer frente a la contención e integración de alguno de sus miembros con discapacidad asociada a patologías psiquiátricas, cuyo planteo más recurrente quizás sea el “no dar a basto” y solicitan la internación o prolongación de la misma. Esta situación generalmente trae aparejados importantes niveles de culpabilización; ya sea por parte de algunos profesionales u otras personas que trabajan en el área que depositan toda la responsabilidad sobre la persona discapacitada en la familia, ya sea auto-culpabilización de la familia que siente no estar cumpliendo con el “mandato social” de “querer y cuidar a nuestros familiares de sangre” ya sea por parte de otras personas cercanas que no entienden como una madre o hermano/a puede “abandonar” a su pariente en un Hospital psiquiátrico o casa de salud, entre otros...

Algunos comentarios.-

*“Siempre queda algo por decir
un rencor un amor una sorpresa
un pedazo de vida insoportable
que sin embargo algo nos enseña”*

Mario Benedetti

Para finalizar, quizás aclarar que este trabajo pretende constituirse como un mínimo aporte a la hora de comprender la forma en que se entiende la atención a la salud mental, así como definir algunos elementos útiles a la hora de realizar una evaluación de la Reforma del Sistema de Salud uruguayo propuesta por el gobierno del EP FA NM. Dada la proximidad en el tiempo del proceso iniciado con el PNSM, así como el escasísimo tiempo desde la aprobación de las leyes que consagran la Reforma, lo aquí planteado se constituye como consideraciones preliminares; varios años se precisarán para hacer una evaluación más justa de la misma.

Asimismo, vale destacar que si bien en este trabajo se hace particular hincapié en los límites que se entiende puede tener el proceso de Reforma del Sistema de Salud, particularmente en el área de atención a la salud mental; se cree igualmente importante, reconocer los avances que esta implica, ya que como plantea Lizardo Valdez *“las tres leyes institucionalizan un modelo que viene para quedarse y transformarse en política de Estado”*. Se abre un abanico de oportunidades al reconocerse formalmente la responsabilidad del Estado de garantizar ahora la atención a la salud de todos los uruguayos y uruguayas. Finalmente la salud deja de ser una obligación de los ciudadanos, tal como planteaba el artículo N°44 de la Constitución y se consagra como un Derecho a ser respetado.

Fundamentalmente se ha intentado comprender el proceso de Reforma en el contexto histórico y socio económico que le da origen, ya que como ha sido planteado, se entiende que es este mismo el que le brinda posibilidades e imprime ciertos límites.

Con esta finalidad es que, en el primer capítulo se pretende realizar una breve reseña histórica, tanto de la atención a la salud mental (vinculado a la psiquiatría como disciplina), como de atención a la salud en líneas generales en Uruguay. Finalmente se realiza una breve reseña de la historia del Hospital Vilardebó como referencia de varias de las reflexiones realizadas en este trabajo.

Por otra parte, en el segundo capítulo se realiza una revisión del contexto socio económico en el entendido de que el proceso de Reforma no puede ser comprendido de manera aislada del mismo. Así se pudo observar que si bien este gobierno del EP FA NM ha promovido ciertas políticas sociales redistributivas, no cuestiona el crecimiento económico a las ganancias del gran capital. No se desmantela el modelo neoliberal, sino que se construye a partir de él, lo que puede ser interpretado como un movimiento hacia una lógica alternativa del sistema capitalista, sin que esto implique un cambio en el modelo.

En el tercer capítulo, al analizar las transformaciones del modelo de atención a la salud, se concluye que quizás lo más relevante y ambicioso del mismo es que de consagrarse supondría el desmantelamiento del proceso de medicalización de la sociedad, incorporando otras lógicas a la médica y otras instituciones a la clínica. Como ha sido señalado, se entiende que los cambios planteados trascienden el sector salud y se vinculan intrínsecamente con un cambio sumamente interesante en la "sensibilidad de los uruguayos y uruguayas". De la misma manera, vale destacar que estos cambios demandan también una fuerte coordinación intersectorial e interinstitucional, superando los límites tradicionales del sector salud. El modelo de atención a la salud planteado parece acoplarse a otras políticas públicas en un proceso de atención de la salud basado en una modalidad de gestión mixta (público-privada), intentando mejorar la eficacia y eficiencia del gasto del Estado.

Por último, en el cuarto capítulo se intenta realizar algún aporte desde el Trabajo Social al articular estos cambios producidos a nivel macro social, con elementos propios de las dinámicas cotidianas producidas en el área de atención a la salud mental. Con este propósito, se

aspira a realizar un análisis crítico de las definiciones de enfermedad mental y familia que se manejan, así como la demanda institucional planteada al Trabajo Social, ya que estos elementos condicionan la intervención en el área. Así se intenta plantear que estas definiciones no son ingenuas, sino que muchas veces encierran aspectos ideológicos y políticos, responsabilizando a las familias por los problemas de racionalidad global del modelo socio económico. Al explicitar algunas de las relaciones planteadas, se espera colaborar con un proceso de democratización de las mismas, así como minimizar la culpabilización tanto de las personas que sufren patologías psiquiátricas como de sus familias.

Para finalizar, se cree preciso reiterar que este trabajo no pretende abarcar la total complejidad de los fenómenos planteados, pero sin lugar a dudas se constituye como un aporte a la comprensión de los mismos, al menos a nivel personal. Las múltiples interrogantes aquí planteadas, aspiran a desatar ciertos movimientos reflexivos que puedan contribuir a una mejor y más acabada comprensión de los fenómenos aquí tratados, así como también contribuir al desafío de pensar y repensar la intervención del Trabajo Social en el área.

BIBLIOGRAFÍA

- AAVV; "Ciudadanía e locura. Políticas de saúde mental no Brasil", Ed. Vozes, Río de Janeiro, 1992.
- AAVV; "Trabajo Social y crisis", Ed. Nueva Sociología, México, 1996.
- AAVV; "Razón, Locura y Sociedad", Ed. Siglo XXI, México, España, Argentina y Colombia, 1978.
- ABRAHAM, A.; BERNAL, S.; RODRÍGUEZ, C.; "De la locura y la marginación" en: "La función social de la locura. Una mirada desde el poder"; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, Espacio Editorial, Buenos Aires, 1998.
- ACUÑA, R.; "El servicio de emergencia en el Hospital Vilardebó" en: Revista psiquiátrica, Uruguay, 2004; 68(2).
- AGUIRRE, L.; "La marginación desde los derechos humanos" en: Uruguay marginado. Voces y reflexiones sobre una realidad oculta. Ed. Trilce, Montevideo, 1995.
- AMICO, L.; "La Institucionalización de la Locura", Espacio, Buenos Aires, 2005.
- ANGUIANO, A.; "Perspectiva teórico metodológica de la intervención en Trabajo Social" en: Revista Regional de Trabajo Social N° 35, Ed. EPPAL, Montevideo, 1995.
- BARAIBAR, X.; "Acerca de la relevancia del estudio de las políticas sociales para el Trabajo Social" en: Revista Regional de Trabajo Social N° 25, EPPAL, 2002.
- BARRÁN, J.P.; "Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo II. El Disciplinamiento (1860-1920)"; Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1992.
- BARRÁN, J.P., "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos", Tomo I, "El Poder de Curar"; Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1993
- BARRÁN, J.P.; "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos", Tomo II, "La ortopedia de los pobres"; Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1994.
- BARRÁN, J.P.; "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos", Tomo III "La invención del cuerpo"; Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 1995.

- BARRÁN, J.P.; CAETANO, G, Y PORZECANSKI, T.; "Historias de la vida privada en el Uruguay", Ed. Taurus, Montevideo, 1998.
- BENEDETTI, Enrico; "Empleo Informal en el Uruguay" en: Informe temático. Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006, INE, Montevideo.
- BERMAN, R.; Gil, M.; Wernek, C.; "Desarrollo Inclusivo, Pobreza y Discapacidad" publicado en: www.discapacidaduruguay.org; 2007.
- BLANC, Maurice; "La investigación aplicada en sociología y las demandas sociales" en: Revista de Sociología, 1988.
- BLANCO, R.; PORTILLO, J.; SAN MARTÍN, H.; "La teoría social de la salud", UDELAR, Montevideo, 1991.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; "Diccionario de política", Ed. Siglo XXI, segunda edición, Madrid, 1982.
- BOURDIEU, Pierre; "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo" en Materiales de Sociología Crítica, Ed. De la Piqueta, Madrid, 1986.
- BOURDIEU, P.; "Razones prácticas", Anagrama, 1997.
- CALDERÓN, F.; "Panorama Electoral en América Latina: que reemplaza el modelo neoliberal" en: Nueva Sociedad, Edición Especial, 2006.
- CARBALLEDA, A.; "Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares", s/e, Universidad de La Plata, 2004.
- CASTEL, M. "El orden psiquiátrico", Ediciones de la Piqueta, Madrid, 1980.
- CASTEL, R.; "Las metamorfosis de la cuestión social". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1998.
- CONDE, S.; LEAL, N; SCHMUNK, S.; "Salud comunitaria. Diagnóstico – Estrategia – Participación", Buenos Aires, Espacio Editorial, 1998.
- DE MARTINO, M.; "Políticas sociales y familia: Reflexiones y desafíos" en: Quinto Encuentro Nacional de Educadores y Educadores Sociales, Cenfores, Montevideo, 2001.
- ESPING ANDERSEN, G.; "Los tres mundos del estado de bienestar", Ed. Alfons el Magnanim, Valencia, 1993.
- ESPIN ANDERSEN, G.; "Fundamentos sociales de las economías postindustriales", Editorial Ariel, Barcelona, 1999.
- ESTRADA, V. "Salud y planificación Social" , Espacio Editorial, Buenos Aires 2006.

- FERNÁNDEZ, B.; "Apuntes sobre salud mental y vulnerabilidad social" en: Revista Regional de Trabajo Social Nº 27, EPPAL, 2003.
- FOUCAULT, M. A propósito del encierro penitenciario. En: "Un diálogo sobre el poder", Alianza Editorial, Madrid, 1981.
- FOUCAULT, M.; "La vida de los hombres infames", Ed. La Piqueta, Madrid, 1990.
- FOUCAULT, M. "Vigilar y Castigar", Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1991.
- GALENDE, E.; en: Salud Mental y Derechos Humanos, Buenos Aires, 2006.
- GINÉS, A.; "Desarrollo y ocaso del asilo mental en Uruguay" en: Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 62, Nº 2, 1998.
- GINÉS, A.; "Facultad de Medicina. Área de Salud Mental – Clínica Psiquiátrica" en: Inspección General para la Asistencia de los Psicópatas. Marco Jurídico Vigente, Uruguay, 1999.
- GINÉS, A.; PORCIUNCULA, H., ARDUINO, M.; "El plan de Salud Mental veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades." en: Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 69, Nº 2, 2006.
- GOFFMAN, E.; "Internados. Un ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988.
- GÓNZALEZ, T.; GRILLE, M.; "La salud un derecho del hombre", Ed. ALDHU, Quito, 1984.
- HARVEY, D.; "La condición de la Posmodernidad", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.
- HELLER, A.; "Sociología de la vida cotidiana", Ed. Península, Barcelona, 1978.
- IELSUR, "Salud y enfermedad mental en Uruguay. Compilación de normas jurídicas que regulan su asistencia", Ed. Grafo, Montevideo, 1992.
- IELSUR, "Legislación y salud mental. Coloquio acerca de la necesidad de una nueva legislación en prevención y tratamiento psiquiátrico", Trilce, Montevideo, 1988.
- JELIN, E.; "Pan y afectos. La transformación de las familias", Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1998.
- KLISBERG, B.; "Hacia una gerencia social eficiente" en: Revista electrónica latinoamericana en Desarrollo

Sustentable, <http://vinculando.org>; 2005.

- LEMA, S; ESPASANDÍN, N.; "Las políticas de empleo: rol y funciones de las ONGs en la última década. Aporte para el debate." en: Sarachu, G. y Sarachu, JJ (org.), "Rumbos de la economía social", Ed. Nordan, Montevideo, 2004.
- LOZANO, C. (compilador); "Democracia, Estado y Desigualdad – segundo Encuentro Nacional por un Nuevo Pensamiento", Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, 2000.
- MANCEBO, M.E.; NARBONDO, P.; RAMOS, C.; "Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000), Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 2002.
- MOREIRA, C.; "La Reforma del Estado en el Uruguay: Cuestionando el gradualismo y la heterodoxia", Ed. TRILCE, Montevideo, 2001.
- T. H. MARSHALL; "Ciudadanía, Clase Social y Estatus"; Ed. Zahar, Río de Janeiro, 1967.
- MARSIGLIA, J.; PINTOS, G.; "La construcción del Desarrollo Local y Regional. Actores, estrategias y nuevas modalidades de intervención" en Cuadernos del CLAEH N° 78 y 79, Montevideo, 1997.
- MENÉNDEZ, E.; "El modelo médico hegemónico" en Revista Paraguaya de Sociología, Año 21, N° 61, 1984.
- MIOTO, R.; "Familia y Servicio Social: contribuciones para el debate" en: Servicio Social & Sociedade. Año XVIII, N° 55 Noviembre 97, Cortez Edotara, Sao Paulo, 1997.
- MIOTO, R.; "Novas propostas e velhos principios" en Revista Fronteras N° 4, DTS, 2001.
- MONTAÑO, C.; "Das logicas do Estado as logicas da sociedade civil: Estado e Terceiro sector em questao" en: Servicio Social & Sociedade, N° 59, Sao Paulo, 1999.
- MONTERO, I; "Género y salud mental es un mundo cambiante" en: Gac Sanit. Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, 2004, 18 (supl1).
- MUÑOZ, M.J.; VILLAR, I.; PORTO, L.; RIVERO, G., SALAMANO, R.; "La salud un problema de todos", Centro Uruguay Independiente, Montevideo, 1987.

- La Atención a la Salud Mental en el marco del proceso de Reforma del Sistema de Salud -

- PASTORINI, A.; "A teatro das politicas sociais. Autores, atores e espetadores no escenario neoliberal", Tesis de Maestría, Universidad Federal de Río de Janeiro, Escuela de Servicio Social, Río de Janeiro, 1995.
- PASTORINI, A.; "¿Quién mueve los hilos de las Políticas Sociales?, Avances y límites en la categoría 'concesión-conquista'" En: BORGIANNI; MONTAÑO (org.). La política social hoy. Ed. Cortez. Brasil. 2000.
- PASTORINI, A.; "La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad" en: Temas de Trabajo Social, DTS, FCS, Montevideo, 2002.
- PARSONS, T.; "Family, Socialization and Interaction Process", Ed. The Free Press, Illinois, 1955.
- PIOTTI, D.; "La reforma del estado y el sistema de salud" en: "Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)", Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, 2002.
- PÍRIZ, C.; GARCÍA, S.; ACOSTA, B.; "El objeto en Trabajo Social" en Revista de Trabajo Fronteras N° 2, 1997.
- PORTILLO, J.; "La medicina: imperio de lo efímero" en Medicalización de la sociedad, Ed. Nordan, Montevideo, 1993.
- PORTILLO, J. "Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724 - 1930)" en: Rev. Médica Uruguay 1995; 11: 5-18.
- SOTOLLI, S.; "La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia" en: European Review of Latin American and Caribbean Studies. 68, 2008.
- VALDEZ, X.; "Las cuentas pendientes de la sistematización" en: Revista de Trabajo Social N° 61, 1992.
- VALLEJOS, I.; "La producción social de la discapacidad. Una apuesta de ruptura con los estereotipo en la formación de trabajadores sociales" en: IV Jornadas Nacionales "Universidad y Discapacidad", 2004.
- VILLAR, H., "La Salud una política de Estado", Imprenta Grafinel, Montevideo, 2003.
- VILLAR, H.; FERREIRA, C.; "Descentralización en salud. sistemas departamentales de atención", s/e, Montevideo, 2005.

- YAZBECK, M.C.; "O servicio social como especificação do trabalho coletivo" en: Capacitação en Serviço Social e Política Social, Ed. Cortez, Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social, San Pablo, 1999.
- ZÚÑIGA, R.; "Sobre el sistematizar" en Revista de Trabajo Social N° 61, 1992.
- ZÚÑIGA, R.; "El trabajador social como actor y sujeto" en Revista de Trabajo Social Perspectivas, Universidad Católica Blas Canas, Año 2, N° 4, 1996.

Fuentes Referenciales:

- DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. 4° edición, Barcelona.1997.
- Materiales del ciclo de charlas denominado "Ambiente, (post) desarrollo y Globalización en América Latina" a cargo de Antonio Escobar, realizadas en Montevideo entre los días 14 y 16 de Mayo de 2008.
- <http://vinculando.org>
- www.discapacidaduruguay.org
- www.ine.gub.uy
- www.larepublica.com.uy
- www.mednet.org.uy
- www.parlamento.gub.uy