

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

Trabajo Social y Salud Mental: una aproximación a las prácticas profesionales en el Primer Nivel de Atención

Carla Palombo
Tutora: Beatriz Fernández Castrillo

2019

INDICE

RESUMEN.....	
I) INTRODUCCIÓN.....	1
II) RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.	3
1) ¿Por qué estudiar las prácticas del Trabajo Social en el contexto de las transformaciones en salud mental?	3
2) Implicancias personales que motivan la realización del estudio.	4
III) BREVE REVISION DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.	5
IV) CONTEXTOS Y PROCESOS	6
V) MARCO TEÓRICO.....	11
1) Salud mental y modelos de atención.....	11
a) Modelo médico.	13
b) Modelo comunitario.	15
2) Estrategia de Atención Primaria a la Salud	18
a) Prevención y promoción de salud.	20
b) Territorio y redes sociales.	21
c) Interdisciplina.	22
3) Trabajo Social en Salud Mental	24
VI) METODOLOGÍA.....	26
VII) RESULTADOS	30
VIII) REFLEXIONES FINALES	41
BIBLIOGRAFÍA	46

RESUMEN

A continuación se presenta un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio sobre las prácticas de un grupo de trabajadoras sociales que integran equipos de salud mental en el Primer Nivel de Atención (PNA) de la Administración de Servicios de Salud del Estado en Montevideo y área Metropolitana, en el contexto del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM).

Este estudio constituye una primera aproximación a la manera en que las trabajadoras sociales desarrollan sus prácticas profesionales, en el marco de una política que apunta a profundizar el cambio de modelo de atención impulsado por el Sistema Nacional Integrado de Salud. Particularmente interesa conocer si las indagadas llevan a cabo prácticas interdisciplinarias, prácticas de prevención y promoción de salud y si estas se realizan desde un enfoque territorial de redes. El lugar del Trabajo Social en los dispositivos de atención del PIPSM podría abrir posibilidades para redefinir la especificidad profesional en un ámbito dominado por disciplinas médicas. Este hecho justificaría la necesidad de conocer en qué medida dicha política habría modificado las prácticas de los trabajadores sociales en el PNA.

Los resultados indican que todas las entrevistadas habrían participado de prácticas alineadas al nuevo modelo de atención. Sin embargo, coinciden al señalar dificultades para profundizar las transformaciones. Al parecer el PIPSM no habría modificado sustancialmente sus prácticas. Alegan que se trataría de una cuestión de formas más que de contenidos, pues lo que estaría definiendo su quehacer en salud mental tendría que ver con la trayectoria y con la manera en que sus respectivos equipos han logrado ensamblar distintos saberes y prácticas profesionales. El reconocimiento de la profesión en esta política parecería estar más anunciado que asumido, pues las entrevistadas no identifican cuáles serían sus implicancias en el marco de un nuevo modelo de atención.

Palabras claves: Salud Mental- Trabajo Social- Primer Nivel de Atención.

I) INTRODUCCIÓN.

En los últimos años han cobrado fuerza posiciones que reclaman la consideración de aspectos vinculados al entorno social y a los estilos de vida en los procesos de construcción del binomio salud-enfermedad. Para los sistemas sanitarios este cambio implicaría el desarrollo de intervenciones que trasciendan la dimensión curativa, orientándose hacia un modelo de protección de salud. La clave parecería estar en el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y específicamente, en la profundización de acciones de prevención y promoción de salud en equipos interdisciplinarios. El desafío es la transformación del modelo tradicional de atención, lo que significa pasar de una perspectiva individual y biologicista hacia otra de carácter biopsicosocial y participativa, cimentada en una nueva relación entre espacios comunitarios y servicios de salud.

En líneas generales esta es la orientación que recoge el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM), instrumentado en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual se constituye en el telón de fondo del trabajo presentado a continuación.

La propuesta se enmarca en la monografía final de grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República. Se plantea como un trabajo de investigación sobre las prácticas profesionales de un grupo de trabajadoras sociales que se desempeñan en equipos de salud mental del Primer Nivel de Atención (PNA), de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el departamento de Montevideo y área Metropolitana.

Una aproximación a las prácticas del Trabajo Social en los dispositivos asistenciales del Plan puede aportar insumos para repensar la especificidad de la intervención profesional en el contexto de transformaciones del sistema de salud y en particular, de la salud mental. Las prácticas serán analizadas en función de los ejes que jerarquiza la estrategia de APS, los cuales son retomados en el marco del SNIS para impulsar el cambio de modelo de atención en salud mental: interdisciplina, prevención y promoción de salud, enfoque territorial de redes. Concretamente interesa conocer si las trabajadoras sociales entrevistadas desarrollan prácticas interdisciplinarias, prácticas de prevención y promoción de salud y si sus intervenciones se realizan desde un enfoque territorial de

redes. Se indaga también si a partir de la implementación del Plan identifican cambios significativos en sus prácticas, teniendo en cuenta que esta política apunta a fortalecer un modelo de atención que revalorizaría el aporte del Trabajo Social.

La presentación se inicia con las argumentaciones que justifican el abordaje del objeto de estudio, que en este caso son las prácticas del Trabajo Social en salud mental. Inmediatamente después se presenta una breve revisión de los principales antecedentes de investigación.

En el segundo capítulo se describe brevemente el escenario social y político que da lugar a la Reforma de la Salud en Uruguay. Seguidamente se profundiza en la salud mental como área prioritaria dentro de estos procesos para luego detallar los principales contenidos del PIPSM instrumentado en el marco del SNIS.

El siguiente capítulo presenta los contenidos teóricos que dan sustento a la exposición. Para comprender las implicancias de las transformaciones impulsadas en salud mental, en primer lugar se define qué son los modelos de atención en salud y luego se describen las principales características de dos modelos que actualmente se encuentran en tensión: el modelo médico hegemónico de corte biologicista y el modelo comunitario vinculado a un enfoque biopsicosocial, cuya orientación retoma la estrategia de APS y en particular, los tres ejes que permitirán analizar las prácticas de las trabajadoras sociales en los equipos de salud mental.

El capítulo metodológico se inicia con la presentación de los objetivos y las preguntas orientadoras del estudio. Luego se describe el diseño y la estrategia metodológica utilizada, detallando los métodos y las técnicas de recolección de datos. El quinto capítulo contiene los principales resultados, los cuales conformarán la base de las consideraciones finales presentadas en el último segmento.

II) RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.

1) ¿Por qué estudiar las prácticas del Trabajo Social en el contexto de las transformaciones en salud mental?

Es importante aclarar que el objeto de este trabajo no refiere al análisis de los modelos de intervención. Sus pretensiones son bastante más simples y lo que se intenta es realizar una primera aproximación a prácticas específicas que podrían jerarquizar el potencial técnico y político del Trabajo Social, en el marco de un nuevo modelo de atención en salud mental en nuestro país.

Este escenario de reformas ofrece posibilidades al Trabajo Social para fortalecer el perfil técnico orientado a la comunidad desde los equipos de salud mental del PNA. Se considera que el cambio de paradigma también estaría interpelando las prácticas profesionales y la manera en que se construye la inserción de la disciplina en salud mental.

Si bien la muestra de entrevistadas es reducida y se limita a la realidad de Montevideo y Área Metropolitana, indagar sobre las prácticas del Trabajo Social en la doble inserción del PNA y en la especialización en salud mental, podría aportar elementos de reflexión sobre las tensiones que se generan al momento de definir su especificidad en un campo socio ocupacional que si bien no es nuevo para la profesión, se enfrenta a desafíos que interpelan saberes y prácticas hegemónicas. En este sentido, el PIPSM introduce una novedad que de alguna manera también estaría reforzando la orientación de los cambios y tiene que ver con el reconocimiento explícito de la incorporación de disciplinas no médicas, como Trabajo Social, en la implementación de algunos dispositivos asistenciales.

Por este motivo, interesa conocer de primera mano si las entrevistadas identifican mayores posibilidades para intervenir desde el ámbito comunitario a través de prácticas de prevención y promoción de salud, incorporando una perspectiva interdisciplinaria que podría favorecer una mayor comprensión del sufrimiento mental (Bang y Stolkiner: 2013) y también una mejora del proceso de atención. A su vez, conocer las prácticas de las entrevistadas también aporta elementos para aproximarnos al funcionamiento del PNA, uno de los pilares en la implementación de la Ley de Salud Mental N° 19.529.

Desde el punto de vista político, si bien la Ley parece haber dejado sin efecto las

disposiciones del PIPSM, la intención de este estudio es subrayar la vigencia y la importancia de su propuesta en el cambio de modelo hacia la atención en territorio con la comunidad. También se hace hincapié en una mirada que revaloriza el devenir de los acontecimientos como parte de un proceso, donde se tienen en cuenta los paulatinos pero continuos avances en las políticas de salud mental en nuestro país. En tal sentido, este estudio se contextualiza en el PIPSM pero no se restringe a su propuesta, ya que los resultados de las indagaciones en cierta manera, estarían dando cuenta del camino recorrido y de algunos desafíos para seguir apostando a la transformación del sistema.

2) Implicancias personales que motivan la realización del estudio.

La salud mental comienza a ser un punto de interés personal a partir del año 2012, cuando tuve la oportunidad de cumplir tareas de trabajo de campo en una investigación¹ sobre la evaluación del PIPSM desde la perspectiva de los distintos actores implicados. Años más tarde, profundizo la indagación sobre esta política como integrante de un equipo que llevó a cabo un proyecto de investigación desde el Departamento de Trabajo Social, el cual contó con el financiamiento de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República en el llamado I+D 2016². Los objetivos del estudio referían al análisis de la normativa en salud mental, al funcionamiento del sistema de atención a nivel nacional y fundamentalmente a la percepción sobre el proceso de cambios de usuarios y técnicos que trabajan en servicios de salud mental de todo el país. A partir de ambas experiencias logré ensamblar mis intereses personales con los objetivos de la investigación sobre el PIPSM para desarrollar el trabajo de la monografía final de grado, particularizando en la realidad de los trabajadores sociales.

1El estudio refiere a la investigación doctoral de la Dra. (PhD) Beatriz Fernández Castrillo. El informe de dicha investigación fue publicado en 2017 por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la UdelaR bajo el título: “Texto, pretexto y contexto de las políticas de Salud Mental en el Uruguay Progresista.

2Documento inédito: “Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en Salud Mental en el Uruguay progresista”. Investigador responsable Dra. (PhD) Beatriz Fernández Castrillo.

III) BREVE REVISION DE ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

Según la revisión bibliográfica realizada para este trabajo, podría señalarse que a nivel nacional existiría un predominio de estudios que vinculan el Trabajo Social con el campo de la salud. Al parecer no abundan los estudios sobre la inserción en el PNA de salud mental o los estudios sobre lugar de la profesión en las políticas de atención en el marco del nuevo modelo.

Los trabajos de Luis Acosta (1997) y de Ortega Cerchiaro, (2008; 2011), son antecedentes fundamentales para comprender la influencia del paradigma médico hegemónico en las prácticas y discursos de nuestra profesión. Sus aportes reconstruyen históricamente el proceso de institucionalización y evolución de las prácticas profesionales del Servicio Social en relación a los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya.

A nivel de las transformaciones en el modelo de atención en salud mental, resulta de interés la sistematización elaborada por Romano et al (2007) sobre los equipos creados en 1996 como parte de una estrategia para reorientar el modelo hacia el enfoque comunitario. Este estudio analiza una serie de factores desde el punto de vista relacional, institucional y social que permiten comprender la reorganización del trabajo asistencial y cómo se constituye la dinámica de interacción entre las distintas disciplinas que lo integran.

En el contexto del SNIS, estudios de grado realizados desde el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales UdelaR hacen foco en el lugar del Trabajo Social en el nuevo esquema de atención. (Sosa, 2010; Pereira, 2011; Madeiro, 2013; Vázquez, 2015). Son aproximaciones a las prácticas profesionales en el marco de los equipos interdisciplinarios de salud. Estas investigaciones aportan al análisis de las prácticas profesionales en el PNA, el vínculo profesional con las disciplinas médicas, la incidencia de la normativa vigente y de la cultura institucional en áreas que pueden ser consideradas propias del Trabajo Social.

IV) CONTEXTOS Y PROCESOS

A continuación se presenta una contextualización de los hitos más importantes en materia de políticas y reformas en salud mental que desde 1985 tuvieron lugar en nuestro país. Estos movimientos son los que han definido un lento pero sostenido proceso de transformaciones que alcanzaron su punto de auge en el contexto del SNIS, primero con la puesta en marcha del PIPSM y más recientemente con la aprobación de la Ley de Salud Mental N° 19.529.

A lo largo del siglo XX en Uruguay, al igual que en muchos países de la región, la atención en salud mental se estructuró en base un modelo médico sanitarista. Siguiendo a Baroni (2018), nos referimos a un contexto donde la asistencia al sufrimiento humano se regía por un criterio basado en el diagnóstico psiquiátrico de enfermedad mental, asociado a la idea de peligrosidad. Entre los principales dispositivos de tratamiento y rehabilitación se configuraron prácticas de control y encierro en hospitales monovalentes, que se acompañaron de un uso de medicamentos extensivo e irracional. De esta manera se fue consolidando un sistema cuyas lógicas mantienen vigencia hasta hoy.

Una de las primeras políticas que planteó una reestructuración progresiva de este sistema fue el Plan de Salud Mental del año 1986, cuya propuesta abrió el camino para las reformas que se materializaron tiempo después en el contexto del SNIS. Si bien su puesta en práctica enfrentó una serie de dificultades que limitaron su alcance, su relevancia es innegable ya que se concibió desde un modelo de salud mental comunitaria. Estos movimientos cobraron fuerza principalmente por los movimientos sociales³, quienes ya en la lucha por la defensa de los Derechos Humanos en el contexto de resistencia a la dictadura, fueron determinantes para dar impulso a una serie de cambios que buscaban dignificar la atención en salud mental. (Fernández Castrillo, 2017)

Los principales aportes del Plan de 1986 refieren a la creación de centros de salud mental comunitarios con los que se intentó fortalecer el PNA, el desarrollo de unidades de salud mental en hospitales generales y la iniciativa de generar nuevos modelos de

³ Hacemos referencia a los servicios docente- asistenciales de la Universidad de la República, las sociedades científicas y gremiales y los servicios del MSP de Psiquiatría y Salud Mental junto a los agrupamientos de la sociedad civil, en especial de familiares de pacientes.

atención para personas con trastornos mentales severos, a partir de la reestructuración de los centros monovalentes de internación. (Ginés, 2012)

A una década de redactado este Plan, luego del cierre del Hospital Musto en el año 1996, comenzaron a crearse equipos de salud mental en la capital y en algunos departamentos del interior del país. Con estos dispositivos se intentó de manera incipiente, generar una estructura capaz de integrar las particularidades del territorio y la población en el proceso de atención. Paralelamente las internaciones se empezaron a hacer en salas de hospitales generales para evitar derivaciones a Montevideo, lo que contribuyó a la disminución del número de personas con internaciones prolongadas en instituciones monovalentes. (Fernández Castrillo, 2017)

No sería hasta el año 2005, coincidiendo con la asunción del primer gobierno frenteamplista, que las históricas reivindicaciones en el campo de la salud mental encontraron su caja de resonancia en el marco de las reformas del Estado y específicamente de la Salud Pública, donde se buscan redefinir las bases estructurales e históricas del sistema. Para autores como Busquets (2006), la reforma de la salud introduce una veta claramente innovadora, razón por la cual podría ser considerada la reforma más ideológica instrumentada por los gobiernos progresistas hasta ese momento. Por su parte, Setaro (2014) la vincula a un nuevo esquema de bienestar de carácter integrado que surge ante la realidad de un sistema profundamente fragmentado, inequitativo en el acceso e ineficiente desde el punto de vista del gasto.

Los cambios se materializaron en tres dimensiones centrales: el modelo de atención, la gestión y el financiamiento de la política. También se constataron avances en términos de desmercantilización, en la medida en que el Estado pasó a asumir el derecho de las personas a la salud y la responsabilidad de asegurarlo en función del esquema de recursos disponible. (Levcovitz et al, 2011)

Con la entrada en vigencia de la Ley N° 18.211 que da origen al SNIS, la reforma avanza procurando universalizar la atención en salud y el aumento de los niveles de accesibilidad y calidad de las prestaciones, con un criterio de financiamiento centrado en pilares de solidaridad y justicia distributiva. Desde el punto de vista del modelo de atención se planteó la necesidad de redefinir la relación entre los equipos de salud y los usuarios y fortalecer el PNA de acuerdo a la estrategia de APS.

Las reformas materializaron las orientaciones de una serie de compromisos internacionales asumidos por nuestro país como la Declaración de Caracas (OPS, 1990) y los principios de Brasilia (OPS-OMS, 2005) para la reestructuración de la atención psiquiátrica. En materia de Derechos Humanos, dos instrumentos jurídicos relevantes en el abordaje de la discapacidad y de la salud mental ratificados por Uruguay son la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (2001) y la Convención Internacional sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (2008). Su principal contribución es la de promover la participación efectiva y plena en sociedad de todas las personas con discapacidad en condiciones de igualdad con los demás.

En el marco de las transformaciones emprendidas en el SNIS, las autoridades reconocen que la atención a los problemas de salud mental continuaba siendo un deber histórico en nuestro país y tomando como insumo el diagnóstico elaborado por la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental (2005), trabajaron en la planificación de acciones concretas. Este informe señalaba entre otras cosas, las diversas situaciones de vulnerabilidad y marginación a las que están expuestas las personas con padecimiento mental y por otro lado, advertía sobre el retraso en la incorporación de recursos psicoterapéuticos y psicosociales en el catálogo de prestaciones.

De esta manera se fue constituyendo el trasfondo que dio lugar al Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, formalizado en el Decreto N° 305 del Poder Ejecutivo del año 2011. Con esta normativa fueron incorporadas al catálogo del Plan Integral de Asistencia en Salud un conjunto de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores incluidos en el SNIS. El Plan trata de la implementación de dispositivos psicoterapéuticos y psicosociales cuyo objetivo fue atender una creciente demanda de atención en salud mental asociada a necesidades emocionales y formas de sufrimiento social, propios de los modos de vida contemporáneos, que no pueden ser resueltos a través de los abordajes tradicionales.

En términos generales el Plan apuesta al trabajo interdisciplinario en el ámbito de los equipos de salud mental y a un PNA reforzado, donde la dimensión familiar y comunitaria también esté incluida en el proceso de atención. Además de implementar dispositivos de tratamiento y rehabilitación de situaciones graves el Plan tiene un fuerte

componente preventivo orientado a determinados grupos poblacionales considerados de riesgo.

La población objetivo comprende a niños, adolescentes, jóvenes y adultos de hasta 25 años. A nivel de los adultos se contempla al personal de la salud y de la educación, personas en situación de violencia doméstica, familiares de personas que hayan realizado intento de autoeliminación o de personas con consumo problemático de sustancias. A nivel de niños y adolescentes incluye situaciones graves de discapacidad, trastornos del espectro autista, ansiedad, trastornos disruptivos o del humor, consumo problemático de sustancias, intento de autoeliminación. Desde el punto de vista de la prevención también se trabaja con madres, padres o referentes afectivos de esta población para evitar la cronificación de determinados malestares como situaciones de estrés vinculadas al embarazo, nacimiento y crianza de los hijos (que incluyen dificultades de aprendizaje y de inserción escolar), problemas situacionales o adaptativos como violencia doméstica, duelos, migración, intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, entre otros. Estas acciones se organizan en tres modos de atención⁴ donde se incluyen talleres temáticos, sesiones psicoterapéuticas grupales, familiares, de pareja o individuales, con copagos diferenciados (a excepción del Modo 1 que es gratuito) según la modalidad y duración de los tratamientos. (Decreto N° 305, 2011)

Un punto importante para los objetivos de este estudio es la incorporación de psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en enfermería y operadores terapéuticos además de los psiquiatras, en los dispositivos de atención. En el caso concreto de Trabajo Social su inclusión dependerá de la situación-problema. El Plan contempla su admisión en los Comités de Recepción del Modo 2 y Modo 3 y de ser requerido por el servicio podrá desempeñar la función de co-coordinación de algunos grupos del Modo 1, junto a un psiquiatra y/o psicólogo. (Decreto N° 305, 2011)

Finalmente, en 2017 se aprobó la Ley de Salud Mental N° 19.529, cuyo principal aporte fue la actualización del marco jurídico que regulaba la atención desde 1936⁵. La nueva normativa plasma y reconoce el proceso en materia de políticas y reformas desde el año 1985, desde una perspectiva de protección a los Derechos Humanos de las personas con sufrimiento mental. Entre los puntos más importantes esta Ley:

4 El detalle de los Modos de Atención se adjunta en los Anexos.

5 Referimos a las Ley de Atención al Psicópata N° 9.581.

- fija el año 2025 como la fecha límite para el cierre de los asilos y prevé sustituirlos por dispositivos alternativos de atención que tengan en cuenta el proceso evolutivo y la complejidad de la situación de las personas.
- indica que la internación de los pacientes debe hacerse en salas generales y no psiquiátricas.
- instrumenta un Órgano de Contralor en el ámbito del MSP que junto a la Institución Nacional de Derechos Humanos, tienen la función de velar por el cumplimiento de la Ley y la protección de los derechos de las personas con sufrimiento mental.
- para el cambio de modelo de atención propone una red única, de atención comunitaria en coordinación con atención especializada.

En el marco de la Ley la estrategia para avanzar en el nuevo modelo sigue siendo fortalecer la atención en equipos comunitarios integrados multidisciplinariamente. Efectivamente durante el período 2004-2017 estos dispositivos se multiplicaron en un 30% aproximadamente a nivel de todo el país, lo que se acompañó de una mayor dotación de recursos humanos, que para el mismo período analizado registró un aumento del 64 % del personal técnico y administrativo en el PNA de ASSE. (ASSE, 2018). Por su parte, en el caso específico de la plantilla de trabajadores sociales, el mismo informe de ASSE (2018) muestra que aumentó un 31%, lo que en números absolutos significa que en 2017 había 14 profesionales más en los servicios especializados de salud mental que los que había en 2004.

V) MARCO TEÓRICO

Tal como fuera señalado en el capítulo anterior, el PIPSM se afilia a movimientos que buscan redefinir concepciones tradicionales sobre la salud mental que consideran la dimensión biológica como única variable explicativa del fenómeno. En este marco, la orientación de las políticas sanitarias del SNIS y en particular la de este Plan, dan cuenta de una estrategia global de transformaciones que intenta impactar directamente sobre las lógicas del modelo médico-hegemónico desde el punto de vista teórico, organizativo y asistencial. Los esfuerzos por afianzar esta nueva perspectiva marcan un escenario de transición entre dos modelos contrapuestos que en la actualidad coexisten, dejando en evidencia las tensiones que implica este cambio al momento de pasar del plano discursivo al de los hechos.

Para comprender el alcance de la propuesta del PIPSM, es necesario caracterizar conceptualmente estas dos perspectivas y las implicancias a nivel de las prácticas en el campo de lo mental. Cada una de ellas representa dos racionalidades que se reflejan en dos modelos específicos de atención. Por un lado, el modelo médico hegemónico de base biológica, que aún siendo blanco de múltiples y fuertes cuestionamientos, se mantiene como paradigma dominante en el abordaje de la salud. Por otro lado, el modelo comunitario inspirado en la matriz filosófica de APS, que se constituye en la propuesta de cambio promovida en el marco del SNIS, donde tres elementos son estratégicos: la interdisciplina, las acciones de prevención y promoción de salud y el enfoque territorial. (OMS, 1986)

1) Salud mental y modelos de atención.

Dar una definición de salud mental además de ser una elección teórica constituye principalmente, una determinación de carácter político e ideológico. Por esta razón, no siempre es fácil plantear una delimitación unívoca y objetiva del término. Sus conceptualizaciones suelen ser muy dinámicas y variables a los movimientos históricos y sociales que adjudican un sentido a los discursos y una impronta particular a las prácticas que subyacen.

En este sentido, señala Augsburger (2002) que las diversas ideas y conceptualizaciones socialmente consensuadas sobre salud y enfermedad mental:

...organizan tanto un saber popular, resultado de prácticas cotidianas, como un cuerpo teórico y conceptual entramado en prácticas profesionales específicas (...) En este marco la producción científica de los objetos designados como salud y enfermedad acumula desarrollos muchas veces contradictorios y antagónicos. (p. 63)

Estas tensiones estarían reflejando según Amico (2004), la gran carga valorativa del término y de sus prácticas, las que se encuentran sometidas a procesos de permanente (de)construcción en un marco de múltiples representaciones sociales y paradigmas científicos en disputa.

Es posible identificar entonces distintas conceptualizaciones en relación a la salud mental a partir de una caracterización de los modelos de atención. Estos son definidos por Guida (s/d) en correspondencia a complejos procesos históricos, económicos y culturales que involucran la planificación, ejecución y evaluación de prácticas sociales en el ámbito sanitario. Para el autor hablar de modelos de atención es hablar de una estructura jerárquica de profesiones; de una organización del servicio en niveles de complejidad, de recursos humanos y materiales; del lugar que se les da a los procesos de prevención, cura y rehabilitación; del lugar que se les da a las personas que consultan; del vínculo entre los servicios y el territorio de referencia, etc. Desde su perspectiva, la estructura de los modelos de atención expresa una parte fundamental del derecho a la salud de las personas y en tal sentido, constituyen un indicador importante del grado de vigencia de los derechos humanos en una sociedad determinada.

Paralelamente, señala que en una misma sociedad pueden coexistir diversos modelos de atención los que naturalmente, cuentan con diferentes grados de aceptación a nivel de los profesionales, de las instituciones sanitarias y de la población en general. Cuando estos dispositivos se institucionalizan, a través de las prestaciones de los servicios, es posible que se generen distintos niveles de tensión entre aquellos paradigmas que se disputan la hegemonía de los discursos y prácticas de salud.

Desde el punto de vista normativo-institucional, un modelo de atención se considera hegemónico cuando logra validar "...prácticas de cura, estilos de vida, decisiones sobre el cuerpo de las personas, familias y comunidades." (Guida, s/d: 2) Incluso en algunas sociedades, esta hegemonía se convierte en un monopolio de las prácticas de intervención sobre el cuerpo que relega y en algunos casos prohíbe, otras prácticas de cura que no son aceptadas por el Estado.

a) Modelo médico.

En occidente, el modelo médico como expresión de la ciencia moderna, se constituye en el paradigma dominante en la concepción y abordaje de la salud humana. A continuación, se presenta una caracterización de sus aspectos centrales.

La consolidación de este modelo en los países capitalistas occidentales, acompaña los procesos políticos que culminaron con el ascenso de la burguesía al poder a fines del siglo XVIII. Como conjunto de teorías y prácticas basadas en el método científico de corte positivista, el modelo médico se asocia en primera instancia, al disciplinamiento de las clases subalternas. Mejorar su calidad de vida y erradicar enfermedades de fácil y rápida transmisión parecía ser un argumento válido para justificar el avance de la medicina en la vida social. Sin embargo, el trasfondo resultó ser un poco más complejo por estar asociado a motivos de índole política y económica. De hecho, como señala Menéndez (1990), las prácticas de salubridad pública fueron utilizadas como mecanismos legitimados de control y disciplinamiento social aplicados para minimizar la amenaza siempre latente sobre la hegemonía de las clases dominantes.

En términos de Foucault, (1977) el lugar ocupado por la medicina en el marco de las sociedades capitalistas modernas da cuenta de una estrategia biopolítica que hace del cuerpo una realidad biopolítica. Desde las Ciencias Sociales se denomina medicalización de la sociedad a este avance de la medicina en áreas de la vida que antes se encontraban fuera de su dominio. Para Mitjavila (1992), las lógicas de este proceso se basan en una caracterización dicotómica en términos de normalidad-anormalidad, sano- enfermo, donde la hegemonía del saber médico se expresa en procesos ideológicos y técnicos subyacentes como instrumentos y prácticas de control social que operan en el conjunto de la sociedad.

Por su parte, Stolkner (2013) define la medicalización desde sus dimensiones económicas e institucionales, la relaciona al proceso de mercantilización de la salud y al fenómeno de creación de enfermedades impulsado desde la industria farmacéutica, como cuestiones centrales que consolidan la hegemonía del orden médico.

A nivel de la salud mental, Galende (1983) observa que ya desde la época del Iluminismo europeo, el control y ordenamiento de la locura ha sido una prioridad de los

Estados civilizados para avanzar en la senda del progreso científico y social. Según este autor (2008), las estrategias de asistencia al enfermo mental han sido de carácter esencialmente punitivo, basadas en el aislamiento, la discriminación, la estigmatización y el confinamiento de aquellos que representaban algún tipo de riesgo para la sociedad. La instalación de los grandes establecimientos de encierro, cuyo ejemplo paradigmático son los manicomios, responde a este tipo de estrategias ideadas para juntar y aislar en un mismo lugar a todas aquellas personas consideradas peligrosas.

Además de estas estructuras, cuya funcionalidad refuerza el carácter excluyente del sistema, son desarrolladas lógicas simbólicas y políticas que reafirman la desvinculación del sujeto de su entorno, del resto de las personas “normales”, de su familia y de la comunidad. Según Pérez Fernández (2017) estas prácticas son las que moldean las subjetividades en relación a “la producción de los trastornos mentales y a la violación de los derechos humanos” (p. 109) de las personas que los padecen.

Según Galende (1983) existiría una asociación entre la institución manicomial, el saber médico (encarnado en las prácticas psiquiátricas) y el poder que se ejerce sobre el otro. Para el autor, esta tríada a la que denomina “paradigma de lo psiquiátrico”, es la base de la relación de asistencia en la medicina mental que sostiene un modelo de pensamiento y un conjunto de prácticas terapéuticas que perduran en la actualidad.

Entre las principales características de este modelo Menéndez (1988) identifica la reducción de lo mental a procesos biológicos que son depositados en la persona como ser individual, la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad y el desarrollo de prácticas exclusivamente reparativas sobre quien padece una enfermedad y no sobre la enfermedad construida y determinada en un contexto específico. Otro rasgo tiene que ver con las prácticas asistenciales que operan especialmente en el plano curativo, lo que según este autor (1988) desplaza a un lugar secundario las acciones preventivas y promotoras de salud.

De acuerdo con Galende (2008), el modelo médico descontextualiza y convierte los problemas de salud mental en algo abstracto, pues las estrategias de abordaje derivan de un método único donde lo determinante es lo genérico y no su situación concreta. Esto hace que la atención se focalice en la estabilización del “paciente” dentro del cuadro farmacológico y la salud mental como característica individual se atribuya en principio,

a quienes no muestren alteraciones significativas de su pensar, sentir o actuar en los procesos de adaptación al medio.

Desde hace algunas décadas este modelo se encuentra en crisis, lo que ha dado lugar al surgimiento de propuestas alternativas. Las críticas que se le hacen a este enfoque apuntan a la concepción dicotómica de la salud, a su biologismo e individualismo, al creciente avance de los procesos de medicalización, a la centralidad de las intervenciones focalizadas en los estilos de vida y a la influencia de la ideología capitalista neoliberal. Las condiciones desiguales de acceso a los sistemas de salud así como las diferencias entre países en relación a los servicios, también han dejado al descubierto las debilidades de este modelo, impulsando el debate internacional para mejorar el nivel y la calidad asistencial ofrecida a la población. (OMS, 1978)

b) Modelo comunitario.

El modelo comunitario constituye una de las expresiones que surgen dentro de las nuevas corrientes de pensamiento con el que se busca superar las lógicas reduccionistas del enfoque de salud dominante. Su origen data del año 1977, cuando el psiquiatra norteamericano George L. Engel planteó la necesidad de un nuevo paradigma por considerar que las aproximaciones del modelo médico se ocupaban de la enfermedad pero no de la salud. Inicialmente esta propuesta pretendía complementar los aportes científicos y técnicos del enfoque hegemónico para contribuir a la comprensión y al abordaje de la complejidad inherente a estos procesos. Uno de los aspectos más interesantes del planteo de Engel, es la relación que establece entre las condiciones generales de existencia y la situación de salud- enfermedad de las personas. (Borrell i Carrió, 2002)

Dentro de este marco conceptual, la ausencia de enfermedad sigue siendo una condición necesaria pero no suficiente de salud pues estar sano o enfermo se entiende como un proceso complejo que dependerá del sujeto, de su subjetividad y de la multiplicidad de factores que determinan sus circunstancias vitales. Estos aspectos son fundamentales en el proceso de atención, que estará centrado en la persona y en sus vínculos familiares y comunitarios más significativos.

Según la OMS (1986) este modelo involucra prácticas interdisciplinarias de prevención, cura y rehabilitación desde una perspectiva integral de atención. Además, promueve la

participación activa de los usuarios de los servicios y de los diferentes actores comunitarios, apuntando a la gestión intersectorial y a la democratización del acceso a la salud desde un enfoque de derechos.

Un hito fundamental en la evolución de esta propuesta, ha sido la Conferencia Internacional de Alma-Ata (OMS, 1978), donde se postuló la necesidad de reorientar las políticas sanitarias a nivel mundial de acuerdo a la estrategia de APS. La Declaración que surgió de este encuentro comprometió a los países participantes a generar acciones capaces de sintonizar la dimensión del bienestar con la del desarrollo, en el marco de una filosofía de producción de salud y no sólo de asistencia médica. La esencia de este pronunciamiento fue la consideración de la salud como un derecho humano en el marco de una integralidad de derechos (vivienda, educación, trabajo, etc) y la responsabilidad de los Estados como garante de las condiciones para su efectivización.

Alma-Ata se nutrió del pensamiento y de la práctica de los movimientos latinoamericanos de Salud Colectiva de finales de los años 70, que implicaron nuevos discursos, nuevas prácticas y una nueva concepción de sujeto a partir de los cuestionamientos a los métodos clásicos desarrollados bajo el paradigma de la salud pública. (Granda, 2004)

Estas tendencias encontraron una base común con las reformas psiquiátricas iniciadas en Italia por Franco Basaglia, las que dieron lugar al nacimiento de nuevas políticas en salud mental en los países centrales. (Galende, 1990). Según Stolkiner y Solitario (2007), estas políticas fueron diversas y enfrentaron distintas formas de implementación, sin embargo lograron definir propósitos deseables a desarrollar en el campo de la salud mental. Algunas de ellas son: incorporar el concepto de sufrimiento psíquico para sustituir el de enfermedad mental; romper con la idea de peligrosidad asociada al encierro; promover formas de atención ambulatoria para personas con patologías graves integradas al ámbito comunitario; trabajar en la producción social del sufrimiento desde un enfoque de promoción de salud; fomentar estrategias de abordaje interdisciplinario e intersectorial para dar cuenta de la complejidad de las problemáticas; adherir a un enfoque de ciudadanía y de derechos en el despliegue de las prácticas sanitarias.

Desde este enfoque la salud mental puede ser definida como un conjunto de prácticas y saberes socialmente construidos que integran el bienestar de las personas, familias, grupos sociales y comunidades. Es considerada parte constitutiva de la salud integral y por ende, ligada al conjunto de determinaciones contextuales y procesos macrosociales que hacen a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas. (Galende, 1998; Stolkiner, 1989)

Considerar el componente social, implicaría en términos de Galende (2008), reflexionar sobre las transformaciones en el marco de las sociedades capitalistas globalizadas y sus derivaciones en la construcción de subjetividad humana. En la misma perspectiva, Augsburger (2002) propone trabajar desde la idea de malestar, al considerar que sólo desde allí es posible reconocer el “impacto que las condiciones de vida producen sobre los modos particulares de enfermar.” (p. 65) Señala también que la incorporación de las distintas expresiones de sufrimiento psíquico configuran nuevos problemas que difícilmente pueden ser resueltos mediante las clasificaciones psicopatológicas clásicas. Para la autora, trabajar los problemas como expresión de malestar social, es clave para redefinir los abordajes médico-clínicos, pues provee la capacidad explicativa que carece el modelo médico en la comprensión de situaciones de afectación de la salud mental, que por lo general son invisibilizadas o medicalizadas.

Para Stolkiner (2001), la incorporación del componente subjetivo y del histórico-social, traslada el foco de atención desde la patología hacia un nuevo repertorio de padecimientos asociados a problemas de posibilidades, de satisfacción de necesidades y al desarrollo de capacidades psicosociales. Lejos de constituirse como fenómenos de índole exclusivamente biológica, la configuración de estos problemas, como síntesis de la interacción entre factores orgánicos, psíquicos y culturales, refiere al proceso de subjetivación de las condiciones de existencia. Este factor relacional entre el sujeto y su contexto es fundamental porque puede contribuir al mejoramiento o al deterioro de esa situación.

De acuerdo a lo expuesto, se puede decir que en un modelo comunitario la perspectiva biopsicosocial implica un desplazamiento del objeto de la salud mental entendida como enfermedad, hacia la inclusión de sus aspectos positivos, lo que resignificaría su valor como base del bienestar, el desarrollo individual y comunitario. En este esquema es determinante el accionar del Estado garantizando el acceso equitativo y las condiciones

necesarias para que todas las personas puedan vivir su salud de la mejor manera. La incorporación del carácter social, histórico y subjetivo en la definición y solución de los problemas de salud y en especial de salud mental, requiere el despliegue de modalidades de abordaje y tratamiento coherentes con las condiciones y necesidades actuales que este campo presenta.

2) Estrategia de Atención Primaria a la Salud

En el marco del SNIS, nuestro país ha dado un nuevo impulso a la estrategia de APS como base para todo el sistema de salud, lo que ha dado lugar a una revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del modelo médico y del monopolio de las prácticas y del saber psiquiátrico en la atención a los problemas de salud mental. Si bien ha habido importantes avances en relación al cambio de modelo de atención, estas transformaciones no están exentas de tensión y manifiestan resistencia a nivel de los profesionales de la salud, de los usuarios y de la sociedad en general.

Las autoridades consideran que la estrategia de APS es fundamental para avanzar hacia un modelo de atención que privilegie la prevención y la promoción con énfasis en el PNA. La APS constituye una orientación política cuyos principios y valores interpelan a las estructuras de poder y a los modelos sanitarios tradicionales. Sería un error equipararla a la atención médica o a una forma de atención restringida al PNA como habitualmente se la entiende. Tampoco es un nivel inferior de atención destinada a las clases más pobres. Esta estrategia tiene la potencialidad de generar verdaderos procesos de cambio y por eso está pensada para desarrollarse en todo el sistema sanitario, desde una estructura integral e integrada de servicios dirigida a todos los sectores sociales. (OPS-OMS, 2007)

Podría decirse que el sentido original de la APS se ha desvirtuado en las últimas décadas, producto de los cambios en el contexto mundial. Así lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien en 2005 creó una Comisión sobre Determinantes Sociales con el fin de evaluar los avances alcanzados luego de la Conferencia de Alma-Ata de 1978. En el informe se llegó a la conclusión de que las metas para el año 2000 no fueron cumplidas, entre otras cosas, por el predominio del modelo médico hegemónico y de lógicas pro mercado que siguen reforzando las inequidades en el acceso y en la calidad de los servicios. (OMS, 2005)

La necesidad de actualizar los postulados de Alma -Ata ha dado lugar a la Declaración de Montevideo aprobada por la OMS y la OPS en 2005. Esta revisión plantea nuevos desafíos para la APS, entre ellos dar lugar a intervenciones con un criterio de universalidad donde se incorporen las dimensiones constitutivas del ser humano. Además de profundizar el trabajo interdisciplinario con equipos de salud capacitados e integrados a la comunidad y fortalecer redes comunitarias para adecuar los dispositivos de atención a las demandas de la gente en el marco de sistemas inclusivos y participativos. (OPS-OMS, 2007)

Para estudiar las prácticas de las trabajadoras sociales en los equipos de salud mental del PNA interesa profundizar en tres componentes centrales de esta estrategia: la prevención y promoción de salud, el enfoque territorial de redes y la interdisciplina. Estos aspectos conjugan la esencia del nuevo modelo de atención comunitario con una profesión como el Trabajo Social, comprometida con los cambios sociales y la defensa de los derechos de las personas. En condiciones donde lo social parece resignificarse, el proceso de atención necesariamente debería incorporar el desarrollo de prácticas que trasciendan lo estrictamente sanitario. Esto permitiría que las disciplinas no médicas tengan mayor protagonismo en espacios de intervención específicos, como puede ser el espacio comunitario.

Cuando se habla del PNA se hace alusión a uno de los tres niveles de organización de los recursos sanitarios. Representa el primer contacto con los servicios de salud por tanto, es la puerta de ingreso al sistema. Según Etchebarne (2001), este nivel está relacionado con las demandas de atención más frecuentes que por lo general, son resueltas mediante actividades de prevención y promoción de salud y a través de procedimientos de cura y rehabilitación. Además, es el que tiene mayor cobertura asistencial pues su estructura favorece la accesibilidad a los servicios por parte de la población. El PNA funciona en base a una referencia territorial, es la atención ambulatoria que se brinda en policlínicas, centros de salud o equivalentes, donde existe un vínculo de proximidad entre el equipo técnico y las personas. Desde este nivel de atención se promueve el involucramiento y la participación comunitaria como base para la planificación de acciones en salud.

a) Prevención y promoción de salud.

Según la OMS (1998), la prevención y la promoción en el PNA constituyen prácticas complementarias que pueden ser llevadas a cabo por la comunidad o por el personal de los servicios de salud a través de planes y/o programas específicos. La prevención comprende tres niveles: un nivel primario cuyo objetivo es evitar la aparición de enfermedades, donde las acciones se orientan a la reducción de factores de riesgo entendidos como condiciones sociales, económicas, biológicas o conductas que “están asociadas o que puedan causar un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica o una salud deficiente.” (OMS, 1998: 29) En este nivel también se incluye la promoción de salud. La prevención secundaria está destinada a frenar el avance de las enfermedades y se corresponde a la fase de diagnóstico y tratamiento. La prevención terciaria busca reducir las consecuencias de las enfermedades una vez establecidas y da cuenta del proceso de rehabilitación.

Por su parte, la promoción definida en la Carta de Ottawa (OMS, 1986) es un proceso político y social que busca fomentar cambios en los estilos de vida, en los comportamientos y en el entorno para proteger y mejorar la salud. Implica el involucramiento de la comunidad en la implementación de las políticas desde un enfoque de ciudadanía. Trabajar desde la promoción requiere conocer la vida cotidiana de los grupos sociales, su cultura, sus costumbres, para poder actuar sobre aquellos factores que inciden en los procesos de salud-enfermedad. Desde este enfoque, los equipos de salud cumplen un rol preponderante en el despliegue de prácticas educativas facilitando el acceso a la información y a otros recursos que den impulso a las transformaciones.

Para que las acciones de prevención y promoción de salud sean realmente efectivas, los servicios de salud deben incorporar las diferentes dinámicas territoriales y poblacionales. El enfoque territorial desde el punto de vista sanitario conlleva la necesaria articulación y cooperación entre actores de distintos ámbitos estatales y de la sociedad civil, tanto para identificar factores que puedan estar afectando positiva o negativamente a la salud como para diseñar e implementar estrategias específicas de cuidado que integren las necesidades y preferencias de la población.

b) Territorio y redes sociales.

Es en el territorio como espacio de producción económico-social y de reproducción simbólica-cultural (Villasante, 1998) donde se reflejan las desigualdades sociales que, en el contexto de las sociedades capitalistas globalizadas, tienen un correlato negativo directo en la salud de las personas. Borde y Tovar (2017) consideran que no sería posible abordar las distintas problemáticas de salud al margen de las condiciones materiales de existencia, ya que estas son las que pautan los modos de vivir, de estar sano o de enfermar. Señalan que el territorio es el lugar donde se manifiestan los distintos malestares pero también es el ámbito donde se expresan las resistencias a partir de la conformación de grupos o redes de interacción que buscan alternativas para mejorar sus condiciones de existencia.

Cuando se habla del territorio como una dimensión central de la estrategia de APS, el concepto de red social adquiere relevancia al ser entendido como:

...un sistema abierto, multicéntrico que a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que se poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. (Dabas y Perrone, 1999:3)

Partiendo de esta definición, se considera que la perspectiva de redes sociales refleja el carácter multisectorial de la salud mental, de los sujetos y de las políticas sociales. Un primer nivel de abordaje corresponde a lo que Dabas y Perrone (1999) identifican como “red personal”, donde se incluyen los vínculos sociales y familiares. La fortaleza de estas redes de apoyo así como la inserción social de los sujetos puede actuar como agente de promoción y protección de salud, razón por la cual señalan las autoras, deberían ser considerados como factores clave en el proceso de atención. De la misma manera, entienden que las prácticas asistenciales no pueden desconocer aquellas situaciones o aspectos de la vida cotidiana que podrían disminuir el nivel de los cuidados o el alcance de las intervenciones.

Según Dabas y Perrone (1999), la complejidad de estos procesos requiere además, considerar otro tipo de relaciones sociales y formas organizativas de carácter formal que responden a las características socio-culturales e históricas que definen la identidad

de un territorio y de su población. Esta dimensión está relacionada a las posibilidades que cada grupo social encuentra para mejorar sus condiciones de vida, las que según Dornell (2005), se van conformando en función de los recursos locales, de las formas de asociación en torno a objetivos comunes, de la circulación y confrontación de saberes que se manifiestan en los espacios cotidianos de socialización.

La lógica del trabajo en red permitiría en primer lugar, definir al sujeto en toda su complejidad a partir de una red de relaciones que son mediatizadas por el entorno, lo que es fundamental en un abordaje comunitario. A su vez, abriría un campo de posibilidades para concebir nuevas prácticas de salud o ajustar las existentes a las necesidades de la población a partir de la interacción recíproca y transformadora de los problemas. Cuando estos mecanismos se fortalecen, el trabajo en red también puede convertirse en una alternativa de desarrollo comunitario (Dornell, 2005), relacionado con el acceso a recursos y a un conjunto de derechos postergados.

Aplicar la lógica de trabajo en red en los servicios de salud implica, siguiendo con los aportes de Dornell (2005), la posibilidad de vincular distintos campos de conocimiento que permitan comprender la complejidad de las demandas desde su multidimensionalidad, cuestión que dejaría de suscribir la práctica a una sola área de conocimiento. Requiere por lo tanto, superar los marcos interpretativos individuales de cada campo de saber para pensar los problemas en términos de construcción interdisciplinaria, un ejercicio que según Elichiry (2009) da lugar a prácticas contradictorias e implicadas con diversos cuerpos conceptuales.

c) Interdisciplina.

En la actualidad, la reconfiguración de las pautas de convivencia social, junto con el incremento de las desigualdades y la profundización de fenómenos de fragmentación y exclusión, definen nuevos escenarios de intervención y nuevas demandas que dejan en evidencia las limitaciones de las estructuras disciplinares. Por esta razón, pensar desde la interdisciplina puede ser una oportunidad de acceder a la complejidad de lo social. (Elichiry, 2009)

En el campo de la salud concretamente, habilita la construcción de una totalidad diferente a partir del trabajo en equipo, donde cada disciplina puede aportar desde su singularidad, en una relación de horizontalidad con los demás campos de saber.

Carballeda (2001) no niega la existencia de tensiones entre los distintos saberes, ni que estos pueden generar fragmentaciones a la interna de los equipos por la imposición de ciertas hegemonías. Su propuesta para superar estos conflictos de poder es apelar a la incorporación del diálogo como punto de encuentro. Un ejercicio que permitiría que las relaciones entre las profesiones se tornaran más simétricas. Para este autor, la interdisciplina implica confrontación pero también supone capacidad de diálogo entre las distintas cosmovisiones que reflejan campos específicos de saber.

La apertura hacia nuevas miradas y perspectivas abre posibilidades al encuentro entre saberes donde la interdisciplina podría ser según De Pena y Silva (2017), el puente para resignificar la producción de conocimiento y el desarrollo de prácticas que permitan captar la multidimensional del objeto y la necesidad de un abordaje complejo.

Para Stolkiner (2007), la interdisciplina es algo más que una metodología de trabajo, se constituye en un posicionamiento que reconoce el carácter incompleto de las herramientas de cada disciplina. Desde su perspectiva, el trabajo interdisciplinario confluye en prácticas de cooperación recíproca, que potencian el estilo singular de cada profesión desde lo intersubjetivo a partir del intercambio de conocimientos, métodos y análisis de los dispositivos de intervención. Siguiendo en esta línea de pensamiento, podría decirse que la interdisciplina no emerge instantáneamente al anexar distintas profesiones en un ámbito de intervención común. Esta solo existe cuando se concreta una distribución de funciones de acuerdo a la importancia relativa de cada saber, la que estará definida en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión.

Abordar las problemáticas en perspectiva interdisciplinaria desde los equipos de salud, requiere tiempos y espacios institucionalmente programados y reconocidos donde sea posible discutir y elaborar un lenguaje común. Señala Stolkiner (1999) que el lugar y la importancia que se le da a los diferentes canales de comunicación a nivel institucional, ya sean reuniones de equipo, espacios de supervisión, ateneos clínicos e incluso las posibilidades de formación y actualización profesional, son claves para fortalecer estos procesos.

Lo interdisciplinario no se reduce exclusivamente a los saberes científico-académicos, incluye también conocimientos y experiencias de los grupos sociales implicados, al momento de identificar problemas y definir posibles soluciones en conjunto, (Stolkiner,

2017), lo que vincula este enfoque a un modelo de atención participativo que fomenta el ejercicio y la ampliación de derechos.

3) Trabajo Social en Salud Mental.

En este segmento se plantean algunos aportes para contextualizar las prácticas del Trabajo Social en salud mental y los desafíos de la profesión en un campo tan complejo.

En Uruguay el proceso de institucionalización de la intervención profesional de Trabajo Social encuentra su génesis en el campo de la salud y refiere a las transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales asociados al avance del movimiento higienista (Ortega, 2003). Concretamente la autora refiere que el proceso de instauración de las políticas sociales, en el contexto del estado neobatllista, permite la institucionalización del Servicio Social como profesión “asalariada, estatal y de género, que se expresa en el carácter de profesión "femenina" (Ortega, 2003: 150), como instrumento de gestión de las demandas inherentes a la cuestión social, principalmente en el ámbito familiar.

Esta relación entre Servicio Social y salud se consolida históricamente como un mecanismo funcional a los intereses del capital, cuestión que según Ortega y Mitjavila (2005), además de marcar una posición de subordinación en la división social del trabajo, también ha dejado una herencia en el desarrollo de prácticas relacionadas con formas de intervención instrumental, subsidiarias del quehacer médico- sanitario y normatizadoras de la vida social, ligadas a los procesos de medicalización.

El significado de su inserción en las políticas y en los servicios sociales en la contemporaneidad, el modelo actual de política social y las formas de ejercer la profesión se caracterizan por el afianzamiento de racionalidades neoliberales con una fuerte impronta individualista. Según Baráibar (1999), estas racionalidades fundamentan criterios de focalización del bienestar, donde el acceso a las prestaciones responde a criterios que definen requisitos a cumplir por las personas para ser consideradas dentro de una determinada población objetivo.

Según Yolanda Guerra (2017), en este contexto la intervención profesional se ve demandada de instrumentalidad, asediada por demandas tecnocráticas, de formato, corto, breve y sin profundización. Señala que los trabajadores sociales en los diversos

ámbitos de su actuación, deberían tener la capacidad para establecer alianzas y construir espacios de autonomía profesional para desarrollar intervenciones estratégicas que trasciendan los requerimientos institucionales o los límites de las políticas sociales.

Según Cazzaniga (2017) este panorama desafía al Trabajo Social a reinventarse en dos sentidos: re profesionalizando la praxis desde la solidez teórica, que según la autora, es mucho más que la acumulación de saberes, ya que para no caer en la inmediatez de categorías naturalizadas se requiere un ejercicio dialógico permanente entre los conceptos y la realidad, la elaboración de nuevas categorías explicativas, los cuestionamientos a las expectativas que naturalizan determinadas prácticas y demandan formas específicas de ejercer la profesión. A su vez, la re profesionalización incorpora la dimensión política que implica una actitud crítica y de cuestionamiento hacia las bases sociales y económicas de las distintas expresiones de la desigualdad para reposicionar a la profesión en la defensa de los derechos de las personas.

Al estudiar las prácticas del Trabajo Social necesariamente se está interpelando el sentido de esa intervención y para ello es fundamental analizar el contexto en el que se desarrolla, que en este caso son los equipos de salud mental. Aún hoy, a pesar de los avances en términos de políticas orientadas a transformar el modelo hegemónico de atención, la salud mental sigue estando sujeta al poder médico psiquiátrico, el cual según De Pena y Silva (2017), se consolida a partir de los profundos procesos de medicalización donde la salud es entendida como bien de consumo, con el respaldo de la industria farmacéutica que respalda y legitima este discurso.

Según Carballada (2012), la intervención de lo social en salud mental se enfrenta a profundas dificultades para abordar las nuevas demandas que reflejan un entramado de situaciones de vulneración de derechos, de incertidumbre y padecimiento subjetivo. Para el autor, “esta nueva complejidad de la cuestión social plantea interrogantes que interpelan a las formas típicas de intervención.” (p. 4)

El desafío para una profesión como el Trabajo Social que tiene el compromiso ético político de “...promover el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas” (FITS, 2014), es cuestionarse permanentemente para no perder de vista en la práctica cotidiana, la esencia de nuestra intervención que es la defensa de los derechos de las personas más vulnerables.

VI) METODOLOGÍA

Este estudio se propuso como objetivo general realizar una aproximación a las prácticas del Trabajo Social en equipos de salud mental del PNA de ASSE, en Montevideo y área Metropolitana, en el contexto de implementación del PIPSM.

Para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Indagar si las trabajadoras sociales llevan a cabo prácticas interdisciplinarias.
- Indagar si las trabajadoras sociales llevan a cabo prácticas en territorio.
- Indagar si las trabajadoras sociales realizan prácticas de prevención y promoción de salud.
- Identificar y describir las principales características de las prácticas a las que están integradas las trabajadoras sociales.
- Conocer si las trabajadoras sociales, identifican cambios en sus prácticas profesionales a partir de la implementación del PIPSM.

El objeto de estudio lo constituyen las prácticas del Trabajo Social en el campo de la salud mental en el contexto de la propuesta del PIPSM. Para dar cuenta del mismo, se planteó un abordaje cualitativo de alcance descriptivo, exploratorio e interpretativo sobre la base de datos primarios y secundarios. Según Rodríguez Gómez, Gil Flores y García Jiménez (1996) la investigación cualitativa refiere a una serie de procedimientos analíticos y sistemáticos que se utilizan para estudiar la realidad “en su contexto natural, tal como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.” (p. 32) Esta metodología prescinde del registro cuantificable o “de cualquier otro dato reductible a números, realizándose la descripción de cualidades por medio de conceptos y de relaciones entre conceptos” (Krause, 1995: 21).

Desde esta perspectiva los datos surgen de los sujetos, de sus interacciones y de la multiplicidad de sentidos que manifiestan en relación a los fenómenos sociales. De acuerdo con el planteo de Taylor y Bogdan (1984), una de las tareas del investigador

cualitativo será identificarse con las personas dentro sus marcos de referencia a través de las construcciones discursivas, percepciones, vivencias y experiencias para adentrarse en su mundo de representaciones. Los autores consideran que cada una de estas perspectivas tiene la misma relevancia y aporta elementos para comprender la realidad que se estudia.

En esta oportunidad se plantea una aproximación a la inserción del Trabajo Social en el campo de la salud mental tomando como principal insumo la perspectiva de sus protagonistas, las trabajadoras sociales. Al ser un tema poco estudiado hasta el momento en nuestro medio, el carácter exploratorio y descriptivo de esta investigación permite identificar y analizar datos concretos relacionados a variables que bien podrían contribuir a la comprensión del objeto de estudio y a su vez, ser insumos para futuras investigaciones sobre el lugar del Trabajo Social en los dispositivos de atención del PNA.

Una de las fuentes de información utilizada fue la revisión bibliográfica, que de manera exhaustiva se llevó a cabo durante todo el proceso de investigación. Fueron consultados distintos sitios de Internet de bibliotecas universitarias, páginas de organismos gubernamentales como el Ministerio de Salud Pública, de la Administración de Servicios de Salud del Estado, del Parlamento Nacional de Uruguay y de organizaciones civiles como la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (ADASU). Esto permitió entre otras cosas, conocer el estado del arte, profundizar en aspectos del reciente marco legislativo en salud mental, cuestiones de organización y gestión de los servicios de atención y de la reglamentación de la intervención profesional del Trabajo Social.

Paralelamente entre abril de 2017 y octubre de 2018 fueron entrevistadas siete informantes, todas ellas trabajadoras sociales con una larga trayectoria de intervención en salud mental, de acuerdo a una estrategia no probabilística por conveniencia, que tuvo en cuenta su afiliación institucional o la referencia del propio servicio, que la sugería como referente por su conocimiento y experiencia. Se consideró la disposición y el interés directo para colaborar con el estudio, acuerdos previamente establecidos y la intermediación de terceros como estrategia facilitadora de contacto, una modalidad de muestreo conocida como bola de nieve (Goodman, 1961). En este caso, las entrevistas fueron coordinadas por fuera del ámbito institucional, apelando a la colaboración y buena voluntad de cada una de ellas para conformar la muestra. También se consideró

oportuno incorporar de manera complementaria la perspectiva de una trabajadora social que actualmente no se desempeña en el PNA, pero que posee una larga trayectoria en el campo de lo mental. Su vasta experiencia profesional y la riqueza de la información acumulada sobre el objeto de estudio, fueron los criterios considerados para su inclusión.

Las trabajadoras sociales entrevistadas integran equipos de salud mental del PNA de ASSE, en Montevideo y área Metropolitana. Desde el punto de vista programático estos equipos responden a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (DSMyPV), mientras que desde el punto de vista administrativo, dependen de la Dirección de los Centros de Salud a los que están vinculados. Según el criterio de regionalización de la DSMyPV, las entrevistadas se distribuyen de la siguiente manera: cuatro de ellas en equipos de la zona noroeste, dos en equipos de la zona este y una de ellas en un equipo de la zona Metropolitana. Teniendo en cuenta que solamente en Montevideo existen 17 equipos de salud mental (ASSE, 2018), el relevamiento realizado podría considerarse representativo de casi un tercio de los mismos.

Para conocer el punto de vista de las informantes se utilizó la entrevista semi-estructurada, una técnica que es definida por Taylor y Bodgan (1984) como una situación de intercambio recíproco y directo donde el informante se convierte en fuente de información sobre el objeto de estudio. Al ser semi-estructurada, permitió tener mayor libertad y flexibilidad para adaptar la guía de la entrevista al contexto y a las características del entrevistado.

La pauta de entrevista se diseñó en base a las categorías del marco teórico y a los objetivos de la investigación para obtener información sobre cómo se integran las entrevistadas al trabajo interdisciplinario, al trabajo en territorio y a las acciones de prevención y promoción de salud en los servicios de salud mental del PNA. Las preguntas no fueron específicas, se enmarcaron en una indagación más general sobre las prácticas profesionales del Trabajo Social en el marco del PIPSM y en el contexto del cambio de modelo de atención impulsado en el SNIS.

También se aplicó la técnica de observación en encuentros, jornadas, debates, charlas y coloquios organizados por colectivos académicos, organismos gubernamentales y de la sociedad civil organizada vinculados a la salud mental, en ocasión del debate sobre la

Ley de Salud Mental. Participar y hacer un registro de los contenidos de estas actividades contribuyó a enriquecer la investigación con elementos que fueron incluidos en la discusión.

VII) RESULTADOS

Antes de comenzar la exposición, es importante aclarar que las afirmaciones que aquí se realicen se circunscriben a la perspectiva de las entrevistadas en el contexto donde desarrollan su labor profesional. Es un recorte de la realidad que si bien ofrece elementos para aproximarse al objeto de estudio, en ningún sentido agota el complejo de variables que intervienen en su explicación.

Desde el punto de vista socio demográfico, todas las entrevistadas son mujeres de entre cuarenta y cinco y cincuenta y cinco años aproximadamente. En su mayoría tienen formación académica de grado y son egresadas de la Escuela de Servicio Social del Uruguay. Dos de ellas cuentan con varios años de experiencia trabajando en atención psiquiátrica en las Colonias Dr. B. Etchepare, Santín C. Rossi y en el Hospital Vilardebó. Más de la mitad de las consultadas formó parte de la primera generación de trabajadoras sociales que se integraron a los equipos de salud mental conformados a partir del año 1996.

Respecto a las prácticas interdisciplinarias, las entrevistadas dicen haber participado o estar participando en distintas experiencias. A nivel general, consideran que la mirada colectiva sobre los problemas se construye y por esta razón para ellas implicaría un desafío la propuesta del nuevo modelo de atención que se impulsa en el marco del SNIS, porque supone ir más allá de lo que habitualmente se ofrece en los servicios de salud.

Las entrevistadas identifican un modo de hacer particular en cada uno de sus equipos que lo explican como resultado de un acervo acumulado, en términos de construcción colectiva y experiencia heredada de otros profesionales quienes han contribuido a delinear un perfil particular de atención. Desde esta acumulación, habrían trazado un camino donde el trabajo en equipo adquiere para la mayoría de ellas una doble significación: a nivel profesional, un proceso de aprendizaje que mejoraría el desempeño cotidiano y en lo interpersonal, un mecanismo de apoyo y contención psicoafectiva frente a las tensiones propias de la práctica. En este sentido, una de las entrevistadas señala:

Por más que muchas veces te enojas mucho con tus compañeros, el equipo tiene una función protectora. (...) Y que sea multidisciplinario es importante también,

más allá de la función protectora porque te hace pensar en las cosas con otra mirada... (Entrevista 1: 5-6)

En la misma línea, otra de ellas dice: “Nosotros tenemos la estructura de un equipo, no somos personas aisladas; nosotros nos debemos todos entre todos”. (Entrevista 5:38)

En casi todos los relatos se percibe este reconocimiento sobre lo colectivo y sobre el trabajo en equipo, lo que para las entrevistadas sería un factor clave para fortalecer sus intervenciones profesionales. Sin embargo, también dejan claro que cuando se requiere que las diversas disciplinas converjan bajo un objetivo común, este sentido de pertenencia sería relativo y dejaría al descubierto tensiones que involucran relaciones de poder, liderazgos, aspectos comunicativos e intereses encontrados que dan cuenta de diferentes formas de pensar y hacer salud mental.

Según dicen, la falta de tiempo y la necesidad de cumplir con las agendas de consulta son los argumentos más utilizados por algunos técnicos para no participar en actividades interdisciplinarias. La mayoría de las indagadas reconoce que los profesionales con los que trabajan, principalmente aquellos que provienen del área médica no sabrían cómo o directamente no estarían dispuestos a trabajar desde la interdisciplina por estar más arraigados a una forma tradicional de concebir la salud que estaría limitada a la asistencia en consultorio.

Yo creo que el pensamiento médico hegemónico está, eso es inevitable pero también hay médicos que tienen otra postura, otra disposición. Pero claro, cuando son médicos y además psiquiatras, es un hueso duro y muy difícil de roer. Y dentro de la psicología también porque no todos los psicólogos están afín o quieren exponerse a trabajar en grupo. Porque trabajar en grupos es exponerse también, en tus falencias teóricas o prácticas o de habilidades de comunicación. Te estás exponiendo y estás creciendo o hundiéndote con ellos. (Entrevista 6:49)

Desde el punto de vista de la formación, algunas entrevistadas dicen que serían pocos los técnicos que están realmente preparados. Otras señalan que las nuevas generaciones demostrarían mayor apertura hacia el trabajo con otras profesiones. Desde su lugar de trabajadoras sociales, en general dicen sentirse con cierta ventaja en relación a otras profesiones porque su perfil formativo las aproximaría a un encuadre de trabajo colectivo y horizontal de saberes.

Por otro lado, advierten con cierta preocupación la existencia de lógicas institucionales

que podrían condicionar las posibilidades de trabajar interdisciplinariamente:

El cambio de modelo ya viene desde algunos años, pero a veces cambian antes los modelos que las cabezas. Por un lado, se habla de toda esta integralidad, de todo este abordaje integral, teniendo en cuenta la prevención y la promoción; por otro lado, la mayoría de los profesionales están atascados con las agendas y eso imposibilita el trabajo en equipo y también el tener actividades de promoción de salud. Hay como un doble discurso, por un lado la integralidad y por otro lado, los números, las agendas (...) Que no es sólo en los profesionales, es el sistema que también tiene esa lógica. (Entrevista 2: 15).

Además de lo que sería la organización del trabajo en equipo, identifican demoras en el reemplazo de cargos vacantes, situación que generaría incertidumbre en la atención de los usuarios y en algunas entrevistadas, la sobrecarga de tareas.

En este año, en febrero renunciaron las dos Asistentes Sociales del Centro de Salud, estuvimos dos meses sin asistente social y esa tarea quedó en nuestra espaldita. (Entrevista 2: 18)

Tenemos compañeros que están haciendo pasantías o en situación irregular, que no sabemos cuándo se van ni cuándo se quedan. Van satisfaciendo la demanda de hoy pero no dan seguridad ninguna. (Entrevista 4:37)

Cuando se les pide que evalúen las posibilidades de trabajar interdisciplinariamente, las entrevistadas dicen que si bien no sería lo habitual, son experiencias positivas. También manifiestan sentirse integradas a algunas experiencias interdisciplinarias a nivel de los centros de salud. Entienden que uno de los mecanismos que estaría favoreciendo el desarrollo de estas prácticas son las reuniones de equipo, las cuales se llevarían a cabo semanalmente con una duración de dos horas.

Según las entrevistadas, estos espacios generalmente son utilizados para evaluar situaciones de mayor complejidad, para intercambiar información y en ocasiones se utilizan para definir objetivos o planificar metodologías de trabajo en conjunto. Lo identifican casi como el único espacio establecido institucionalmente que habilitaría el intercambio interdisciplinario. Algunas entrevistadas manifestaron la necesidad de aumentar la frecuencia de estos encuentros para trabajar las problemáticas cotidianas con mayor profundidad.

Las experiencias interdisciplinarias han sido y son altamente gratificantes pero la mayoría de las consultadas, sin embargo se aclara que sólo sería posible efectivizarlas

en circunstancias puntuales y de manera intermitente, entre otras cosas porque las condiciones no estarían dadas para disponer del tiempo y los espacios necesarios que esta forma de trabajo requiere.

Un recurso que según dicen, podría contribuir al desarrollo de experiencias interdisciplinarias sería la posibilidad de contar con incentivos desde la institución para la actualización y formación continua. Entienden que dependería del interés y de la motivación de cada profesional y en tal sentido, las entrevistadas no señalan grandes inconvenientes para acceder a cursos de profundización y perfeccionamiento técnico. Sin embargo, no lo identifican como una estrategia institucional para el cambio de modelo de atención.

Para la mayoría de ellas la capacitación es fundamental porque entre otras cosas, les ha permitido adquirir nuevas habilidades y herramientas que complementan su formación específica. Además, coinciden en que cada vez que tuvieron la iniciativa de hacer un curso o de asistir a actividades académicas, en general contaron con apoyo institucional por ejemplo, a través del financiamiento total o parcial de los gastos o con días libres asignados para participar.

En cuanto a los espacios de supervisión técnica, como ámbitos donde se podría tener un encuadre interdisciplinario, no reconocen mecanismos institucionalizados sino más bien estrategias grupales y/o individuales que se llevarían a cabo de manera espontánea. Una de las entrevistadas manifiesta al respecto:

... cuando hay situaciones complejas (...) sería brillante que viniera alguien de afuera con otra impronta. (...) Sería brillante y más si es alguien de afuera, que pueda traer otra visión, porque los atravesamientos institucionales siempre están presentes. Estaría buenísimo, pero eso no existe. (...) No hay espacios formales para eso y estaría bueno que los hubiera. Es de pasillos, o te vas más tarde del trabajo; estaría buenísimo formalizar eso. (Entrevista 2:17)

En general, dicen que cuando se ha demandado supervisión externa frente a determinadas situaciones, desde la institución les habrían manifestado que es un recurso que no estaría disponible. Algunas de ellas lo viven como una carencia importante. Por esta razón dicen haber participado en ateneos clínicos con la cátedra de Psiquiatría del Hospital de Clínicas o recurrir al apoyo de Facultad de Psicología para realizar la revisión de casos específicos.

Particularmente, las trabajadoras sociales que son referentes de áreas problema como violencia doméstica o adicciones, contarían con supervisiones externas específicas. En otros casos, tal como señalan dos de las entrevistadas, asistirían a reuniones en el Hospital Vilardebó para realizar supervisiones puntuales dentro de la misma disciplina.

Las indagadas manifiestan que sería necesario generar estrategias que permitieran mejorar la calidad de la atención que se brinda, según lo estipulado por las nuevas políticas de salud. Casi todas hablan de la falta de recursos económicos, de recursos humanos y de horas técnicas pagas para equilibrar el tiempo destinado a la demanda de atención y al trabajo comunitario. Dicen que el número y la complejidad de las demandas que recibe el equipo estaría pautando una lógica básicamente asistencialista que les dejaría poco tiempo para instrumentar intervenciones comunitarias.

También reclaman sobre las condiciones de infraestructura, concretamente hablan de la falta de consultorios y de tener que trabajar en lugares con evidente deterioro edilicio. Una de ellas plantea con ironía esta idea: “Nosotros acá somos medio reyes porque tenemos cuatro consultorios como habrás visto, hay otros lugares donde eso no existe”. (Entrevista 1:6)

Otra entrevistada dice:

Es imposible trabajar con los pacientes a nivel grupal porque no tenemos técnicos formados en dinámicas grupales; además acá en el Centro no tenemos el espacio físico para hacerlo. No tenemos espacio para trabajar. Acá además del equipo de salud mental, atienden todas las especialidades del Centro de Salud. (Entrevista 5: 31)

Una tercera refiere:

...la policlínica está muy deteriorada. Se han hecho planteos a la Dirección, al Programa de Salud Mental. No tiene consultorios suficientes. Es la mitad de un expendio municipal. Entonces nosotros estamos en la mitad, la otra mitad está ocupada por una familia hace muchos años. (Entrevista 6: 40)

Estas y otras situaciones estarían reflejando una realidad que según dicen, iría a destiempo de las decisiones políticas que se han tomado. Algunas de las entrevistadas dicen que estas dificultades tendrían que ver con la falta de voluntad política de ASSE o del MSP:

Yo estoy trabajando acá desde 1997 cuando esto se creó. Para nosotros era una maravilla, dijimos qué divino, bárbaro! (...) Empiezan con un ánimo y después nos

viene una desilusión a todos... yo no sé si es que acomodan a los amigos, si sacan al que hacía las cosas bien por otro, si dicen vamos a renovar todo. Yo no sé qué es lo que pasa pero todo lo que estaba bien se cambia para el otro lado. (...) no tenemos recursos. Eso es lo que siento. Han pasado muchos con discursos muy lindos, pero nosotros seguimos con un tenedor y una cuchara trabajando como podemos, tratando de hacer lo que podemos, con los recursos que podemos, en el entorno que podemos, cuidándonos lo mejor que podemos. (Entrevista 5: 38-39)

Otras dicen que las transformaciones no se generan automáticamente luego de aprobada una política y plantean que sería necesario hacer cambios más profundos, desde lo institucional pero también a nivel social y cultural para acompañar las reformas impulsadas desde el SNIS. Concretamente se habla del estigma que recae sobre la salud mental, un factor que según dicen estaría atravesando a toda la sociedad y para algunas entrevistadas, se vería más reforzado dentro de las propias instituciones educativas o de salud. Lo más difícil sería según sus planteos, desmitificar aspectos relacionados con el sufrimiento mental, con las personas que lo padecen y con los servicios que brindan la atención. Una de ellas señala respecto a su servicio: “hay como un estigma hacia la policlínica del barrio porque bueno, vienen los locos”. (Entrevista 6: 40)

Respecto a las personas que toman psicofármacos otra entrevistada manifiesta:

Claro, sin duda que sigue siendo un estigma. Y al niño que toma medicación, en general, la ritalina hay que dársela antes de que vaya. Enseguida saben que toma y los mismos compañeros le dicen “loco pastilla” o cosas por el estilo. (Entrevista 1:6)

Por su parte, la trabajadora social del Hospital Vilardebó aporta un nuevo elemento, refiriéndose a lo que ella identifica como un cambio en el perfil del usuario de salud mental:

...el foco de atención de la psiquiatría cambió. Creo que los psiquiatras no se dieron cuenta del cambio y todavía permanecen atendiendo al “loco”. Que es cada vez más un ser exótico. Yo creo que ahora la psiquiatría, no como única disciplina que lo atiende, pero sí tiene que orientarse mucho más a todas las secuelas que produce el consumo, no desde el lugar que estaba antes con el “loco” (...) Yo creo que se traspasó todo el estigma que se tenía sobre el “loco” al estigma que ahora tiene el consumidor grave de sustancias o la persona en situación de calle con consumo grave. Que hace las mismas locuras que hacían los “locos” antes, lo que pasa que ahora está atravesado por una cosa que la gente lo piensa como involuntaria. El estigma que entiende la gente del loco, creo que es la imagen que tiene del consumidor; que es la exclusión, el rechazo... lo mismo que se veía antes, treinta o cuarenta años atrás con el “loco loco”. Ahora ha bajado el perfil del loco y hay una aceptación, de repente no porque el loco haya cambiado, sino porque hay cosas peores con las que asusta la gente. En definitiva, el estigma del loco es el miedo. El factor miedo era el que atravesaba el rechazo hacia el loco; no saber qué me va a hacer o hasta dónde va a llegar o si me va a pegar o no. Ahora el loco es más aceptado, pero es porque hay cosas peores. (Entrevista 7: 55-56)

Según dicen las demandas que llegan a salud mental estarían atravesadas por múltiples problemáticas donde la dimensión social pasa a ser determinante, por ejemplo en situaciones de violencia o consumo problemático de sustancias.

Refieren que las personas que consultan generalmente viven en asentamientos o en zonas con altos niveles de pobreza y conflictividad social. Coinciden en que el perfil de las demandas estaría dando cuenta de un trasfondo de vulnerabilidades más amplio donde se identifican bajos ingresos, necesidades básicas insatisfechas, bajos niveles educativos, dificultades para acceder a una vivienda o a un empleo formal, etc. Este es un tema que al parecer preocupa a las trabajadoras sociales consultadas, porque según dicen, las personas que tienen problemas de salud mental y que además provienen de sectores sociales vulnerables, estarían siendo doblemente estigmatizadas y excluidas.

Dicen que brindar respuestas a problemáticas tan complejas se convierte en un desafío que estaría requiriendo fortalecer más el trabajo en redes y la articulación permanente con actores a nivel territorial. Si bien puede decirse que todas ellas muestran un marcado perfil de trabajo comunitario y en general, sus intervenciones apuntarían a trabajar con el usuario desde sus redes vinculares, no siempre sería posible realizar estas intervenciones de manera sistemática. Nuevamente aluden a la falta de recursos institucionales y de horas técnicas pagas para trabajar en red. Desearían contar con más tiempo para planificar, hacer coordinaciones y participar activamente en actividades comunitarias.

Las entrevistas muestran que el trabajo en territorio y en específico, la participación en redes locales, por lo general recaería en las trabajadoras sociales quienes en ciertas ocasiones, podrían compartir estas tareas con otros integrantes del equipo. En este sentido, algunas entrevistadas mencionaron que compatibilizar la asistencia con la participación en actividades comunitarias habría generado cierto desgaste, al punto que dicen evaluar de antemano la viabilidad de incorporarse a estos espacios.

Respecto a la forma de trabajar en el territorio, para la mayoría de ellas la inserción geográfica de sus equipos estaría definiendo su modo de hacer. Entienden que no todos los territorios son iguales ni admiten el mismo tipo de trabajo razón por la cual, sus intervenciones se irían adaptando a las demandas así como a las particularidades del territorio y de la población. Algunas rescatan como aspecto positivo la libertad que

tienen dentro de los equipos y la confianza que sienten desde la Dirección del centro de salud para llevar a cabo sus prácticas y desarrollar iniciativas sobre temáticas que surgen a demanda. Los siguientes fragmentos reflejan esta idea:

Lo que yo siempre digo que rescato cuando hablábamos del equipo, rescato la libertad de trabajo, libertad técnica. A mí nadie me dice lo que tengo que hacer, si yo trabajo mal es pura y exclusivamente por mi culpa (risas) Pero no tengo ningún tipo de condicionamiento, ni desde el Equipo de Salud Mental ni desde la Dirección del Centro de Salud. (Entrevista 1:12)

Este equipo es muy horizontal porque funcionamos con coordinadores, no con jefes. La verdad que tenemos bastante autonomía de los centros de salud en los que funcionamos (...) La interna misma del equipo, es horizontal. Somos dos asistentes sociales acá y tenemos un buen lugar, que nos permite participar con total autonomía. Y somos respetadas, es un lugar más en el equipo. (Entrevista 4: 27-28)

Estos aportes también reflejan la construcción de la (auto) imagen y cómo creen se percibe el rol de la disciplina en sus respectivos equipos. De forma unánime lo que se advierte en el discurso de las entrevistadas es satisfacción con el lugar que se ocupa en el equipo y con el desempeño de su labor profesional. Una entrevistada plantea cuál sería para ella el principal aporte del Trabajo Social en el equipo:

...creo que es fundamental la mirada social, de las condicionantes sociales y de las consecuencias sociales. Muchas veces el psiquiatra o los psicólogos por estar muy inmersos en técnicas o en cosas más más específicas, pierden de vista. Esa mirada es esencial. (Entrevista 2:19)

Según manifiestan algunas entrevistadas, podría ser considerado un “mérito” de la profesión el hecho de que en la mayoría de los casos no sería necesario recibir una derivación para intervenir. De hecho, señalan que su espacio de intervención no sería el consultorio, ya que muchas veces la demanda no llega sino que habría que “salir a buscarla” por ejemplo, a la sala de espera o a otros ámbitos que están fuera de la institución.

También hay lugar para la autocrítica, algunas entrevistadas utilizan expresiones tales como “no achancharse” o “rescatarse” para referirse a una zona de confort que podría quitarle el potencial promocional y de transformación que para ellas tiene la profesión. Hablan de la importancia de proponerse metas a nivel de la intervención, objetivos a corto plazo, actividades tendientes a generar movimientos institucionales o

comunitarios. También refieren que estar en permanente diálogo con la teoría podría contribuir a “evitar vicios de la profesión” o posibles sentimientos de resignación ante determinadas situaciones que son objeto de intervención.

Yo creo que la manera de rescatarse es cada tanto volver a aprender cosas, pasar por la teoría. Aunque sea agarrar un libro y no digo leerlo, ni ir a un curso, un taller o un seminario. Pero cuando tenes alguna duda, agarras un libro y volves a la teoría para no quedar atravesada por las situaciones. Ves el libro y decís ta, pasa esto, está dentro de lo teórico, dentro de lo que puede pasar. Eso te rescata emocionalmente. Ves situaciones horribles y espantosas, pero sabes que está dentro de las cosas que se pueden esperar, dentro de lo que puede pasar una persona en estas situaciones vitales. (Entrevista 7: 57)

En el marco del Plan de Prestaciones, entienden que no se habrían modificado sustancialmente sus intervenciones y que se trataría de una cuestión de formas más que de contenidos, pues esta política no sería más que la sistematización de procedimientos que ya venían siendo instrumentados por ellas y sus equipos. Básicamente asocian el Plan con la incorporación de la psicoterapia a los prestadores de salud, con la especificación de poblaciones objetivo, con los Comités de Recepción y con las modalidades de intervención grupal. Sin embargo, consideran que esta política no sería más que un reordenamiento de intervenciones en el PNA de salud mental, ahora plasmadas en una serie de objetivos y modos de atención.

De manera general, identifican múltiples experiencias de intervención en áreas priorizadas desde el Plan, como el consumo problemático de sustancias, violencia doméstica, salud docente, problemas emocionales, intentos de autoeliminación, etc. La mayoría refiere que estas intervenciones son parte de su labor cotidiana y que seguirían desarrollándose de la misma manera y en las mismas condiciones que antes de la implementación del Plan. En este sentido, dicen que a nivel de los servicios de ASSE no se perciben cambios importantes porque la asignación de recursos económicos y humanos estaría volcada hacia el sector privado.

Dos entrevistadas refieren que a partir de la implementación del Plan, se habría producido un “desborde” de la demanda en relación a las posibilidades de sus equipos. Por esta razón, dicen que no se estarían llevando a cabo intervenciones de prevención y promoción en territorio, ni tampoco estarían participando activamente en redes locales. Una de ellas particularmente señala que en su servicio se estaría priorizando la asistencia por sobre cualquier otra forma de intervención.

No se puede estar en la misa y en la procesión al mismo tiempo. Nosotros elegimos estar en la misa; nos limitamos a brindar la asistencia porque si no quién se hace cargo de los problemas de la gente que viene a consultar. Hay que darles una respuesta. (Entrevista 5: 31-32)

En el otro caso, la entrevistada refiere que la renovación generacional de algunos técnicos de su equipo se habría llevado a cabo con demoras en el reemplazo de vacantes. Como consecuencia, su servicio habría tenido que reorganizar el trabajo asistencial en función de los recursos humanos disponibles, lo que de alguna manera habría frenado las intervenciones en territorio así como las prácticas psico-educativas con familiares que ella venía desarrollando junto a una psicóloga. Al momento de realizarse este estudio, la entrevistada refiere que lentamente se estarían retomando algunos espacios de participación comunitaria a través de coordinaciones interinstitucionales con centros educativos de la zona, aunque esto no significaría que el énfasis estuviera centrado en la prevención y promoción de salud.

Más allá de estas excepciones, a nivel general las entrevistadas llevarían a cabo prácticas de prevención y promoción de salud tales por ejemplo con escuelas, liceos y centros educativos no formales de la zona, donde se llevan a cabo talleres de psico-educación orientados a brindar apoyo, sensibilizar sobre las características de un padecimiento o contribuir a fortalecer destrezas de cuidado etc. También participarían en la coordinación de grupos, como por ejemplo de familiares de personas con trastornos graves y persistentes, de adolescentes o de adultos mayores, de forma conjunta con un psicólogo o con un psiquiatra.

No obstante, expresan que lo habitual serían los abordajes puntuales, de orientación o derivación hacia otros recursos territoriales que pudieran responder al problema de consulta. Las experiencias parecen ser dispares ya que a nivel general, las entrevistadas refieren que no siempre existiría buena disponibilidad por parte de otras instituciones u actores locales para coordinar con salud mental. Dicen que cuando el vínculo existe y está consolidado, la mayoría de las veces no habría disponibilidad del recurso o del servicio solicitado.

Por otro lado, identifican una superposición de programas de alcance nacional y/o municipal en el mismo espacio territorial que según entienden, no estarían debidamente articulado. Para ellas estaría generando cierta dilapidación de recursos además de un

desgaste en la participación de la población y de los técnicos, con intervenciones que según dicen, no estarían cumpliendo con su cometido. Entienden que la implementación de estos programas habría robustecido el ya variado y amplio abanico de demandas que llegan a los servicios de salud mental.

VIII) REFLEXIONES FINALES

Este trabajo pretendió ser una aproximación a la intervención de las trabajadoras sociales en el PNA de salud mental, en el marco de los procesos de transformación de las políticas que promueve el SNIS en Uruguay. Con el Plan Implementación de Prestaciones del año 2011 las autoridades han intentado avanzar en el fortalecimiento de un modelo de atención comunitario centrado en el trabajo interdisciplinario y en intervenciones que buscan evitar la cronificación del sufrimiento mental a través de la prevención y promoción de salud.

El relevamiento realizado en base a las variables utilizadas para conocer y analizar la inserción de las trabajadoras sociales, permite señalar que todas las entrevistadas están o habrían estado integradas a experiencias interdisciplinarias, prácticas en territorio e intervenciones de prevención y promoción de salud en sus respectivos equipos.

Las prácticas interdisciplinarias suelen identificarse como instancias de colaboración, generalmente con dos o tres técnicos del equipo, que serían los más abiertos o los que tienen experiencia y formación para trabajar con otras disciplinas, como es el caso del Trabajo Social. Si bien todas las entrevistadas reconocen la importancia de esta metodología para avanzar hacia un nuevo modelo de atención, al parecer no cuentan con un criterio sistematizado para trabajar interdisciplinariamente. La posibilidad de llevar a cabo estas prácticas sería una cuestión de preferencias o de buena disposición de los técnicos para trabajar con otros, no una estrategia del servicio.

Aunque son puntuales y muchas veces surgen a demanda, estas prácticas tendrían el potencial de generar cambios positivos en la población que participa y eso es claramente reconocido por las entrevistadas. Estas prácticas también son las que tendrían una mayor impronta comunitaria porque además de la cooperación entre disciplinas incorporarían el aporte de actores locales, principalmente de instituciones educativas.

El hecho de que para muchos técnicos (principalmente los que provienen del área médica) sigue predominando la lógica de atención en consultorio, individual, centrada en el cumplimiento de las agendas de consulta, podría interpretarse como un obstáculo para fortalecer el trabajo en equipo. No obstante, algunas entrevistadas reconocen cierta apertura para lo interdisciplinario en las nuevas generaciones lo que podría interpretarse

como un indicio del tránsito hacia perspectivas más integradoras.

Por otro lado, dicen que no siempre es posible disponer de tiempo y espacios establecidos institucionalmente para fomentar el diálogo entre saberes. Las reuniones semanales son muy valoradas como espacios que podrían facilitar el desarrollo de prácticas interdisciplinarias pero no siempre serían suficientes para abordar las problemáticas en profundidad. Además, la falta de dispositivos institucionalizados de supervisión y de una política de incentivo a la formación y actualización profesional, dejaría librado al interés de cada técnico la búsqueda de herramientas técnicas y teóricas que les permitan mejorar su desempeño profesional.

Tal como señalamos anteriormente, muchas de las experiencias interdisciplinarias a las que están integradas las trabajadoras sociales derivan en prácticas de prevención y promoción de salud. Se caracterizan por ser experiencias puntuales y de corta duración como un taller, una charla de sensibilización o un grupo temático, sin embargo logran incorporar elementos que las aproximan a un abordaje integral. Esta integralidad se ve reflejada en la posibilidad de construir una orientación conceptual que incorpora diferentes saberes, en la existencia de coordinaciones interinstitucionales o intersectoriales y en el protagonismo genuino de la comunidad, ya que estas prácticas responden a necesidades de los propios actores locales.

Apostar a la prevención y promoción también requeriría el fortalecimiento de canales de comunicación con la comunidad. Según dicen las entrevistadas, las personas siguen asociando el servicio de salud mental con la atención psiquiátrica y el tratamiento farmacológico, desconociendo la oferta de prestaciones que brindan las nuevas políticas. La demanda social estaría reflejando el peso de lo cultural que podría ser el principal freno ante los cambios. En efecto, el estigma y los prejuicios en torno a la salud mental son factores que atraviesan a toda la sociedad incluso a las propias instituciones de salud.

El trabajador social podría ser clave para el cambio cultural facilitando el acceso a la información por parte de la población sobre sus derechos como usuarios, sobre la oferta de prestaciones, brindando orientación y esclarecimiento que contribuya a desmitificar la salud mental. A partir de la revisión que se ha realizado, se puede afirmar que es una tarea que las trabajadoras sociales llevan a cabo pero no sería realmente valorada como

una especificidad profesional.

Las entrevistadas coinciden en que las demandas de prestaciones sociales que reciben (trabajo, vivienda, alimentos, etc.) desbordarían ampliamente los recursos de sus servicios. Al parecer estarían incorporando nuevas determinaciones que en un modelo tradicional de atención no son consideradas parte del problema, cuestión que respondería a la reformulación del propio campo de la salud mental hacia un enfoque biopsicosocial.

Entienden que la articulación con redes locales sería fundamental para ampliar la oferta de recursos de los usuarios. Sin embargo, algunas han decidido no participar activamente en estos espacios porque dicen no disponer de horas técnicas pagas para hacerlo. Cuando deliberadamente se decide no trabajar en red y de alguna forma se omite la existencia de una parte de los recursos locales, la capacidad de respuesta técnica podría limitarse significativamente.

Desde el punto de vista metodológico, se observan algunas debilidades. La mayoría de las entrevistadas tiende a intervenir a demanda, dedicando poco tiempo al diagnóstico de problemas y a la planificación estratégica. La sistematización y el registro de experiencias también sería una modalidad poco utilizada y en general, tampoco recurrirían a la evaluación para optimizar recursos en función de los resultados.

En relación a las prácticas analizadas, cada una de las trabajadoras sociales muestra una impronta particular en función del enclave territorial y de la población usuaria. Desde el punto de vista institucional, también estarían determinadas por la trayectoria, la conformación de sus equipos y las posibilidades de trabajo colectivo. Como si en cada uno de ellos se hubiera definido un modo particular de hacer desde el punto de vista técnico y una forma de relacionarse desde el punto de vista interpersonal, que les permite cumplir con algunos lineamientos de las políticas sin estar directamente determinados por ellas.

Cuando hablan del sentido de pertenencia hacia sus respectivos equipos parecería que el rol profesional se diluyera en este marco de reconocimiento de lo colectivo. Como si el respaldo y la contención del equipo técnico que parece tan importante, también les permitiera justificar algunas debilidades en sus propios desempeños como cuando dicen

no poder hacer más de lo que hacen porque faltan recursos o porque la prioridad del equipo es brindar asistencia y dejan de lado el trabajo comunitario, etc.

Lo que no parece ser tan fuerte es el sentido de pertenencia hacia el colectivo profesional, al que casi no hacen referencia. Desde el punto de vista técnico, las trabajadoras sociales del PNA no cuentan con un Departamento y el hecho de que respondan directamente a directores (del Centro de Salud de referencia) que en general no son trabajadores sociales, podría contribuir a individualizar el sentido de su intervención. En efecto, sus prácticas estarían ligadas a lo que cada una de ellas puede hacer en un contexto institucional y territorial más que a un marco regulador de prácticas disciplinares.

Por momentos da la sensación de que se estuvieran desligando del contexto político. De hecho, ninguna de las entrevistadas vincula cambios importantes a partir de la implementación del Plan y plantean que si a sus equipos no llegan los recursos, especialmente los económicos, los cambios no se materializan. Además sienten que los diferentes planes y programas estarían alejados de la realidad de sus prácticas cotidianas. Al parecer sería difícil para estas trabajadoras sociales trascender la inmediatez de sus prácticas cotidianas, lo cual podría reducir el desarrollo de su capacidad crítica.

Cuando resaltan permanentemente la carencia, la dificultad y todo lo explican como una cuestión de falta de presupuesto, estarían perdiendo de vista el significado político de los acontecimientos y los avances de los últimos años en la reorientación del modelo. De algún modo sorprende la falta de problematización de estos procesos porque la mayoría de ellas integran los equipos comunitarios desde 1996, cuando fueron creados con el objetivo de fortalecer el PNA. Luego con la creación del SNIS en 2008, también fueron testigos de momentos clave en los procesos de reforma que dieron lugar al Plan de Prestaciones en 2011 y a la Ley de Salud Mental en 2017.

Parecería ser que el lugar del Trabajo Social en los equipos de salud mental no estuviera siendo ocupado desde todo su potencial técnico y político, en el marco de un modelo de atención orientado a la comunidad. Entre otras cosas, porque la profesión no estaría siendo capaz de problematizar el contexto de su intervención. Estas condiciones contribuyen a que siga siendo una profesión subsidiaria de otras, desarrollando prácticas

básicamente instrumentalizadas y carentes de sentido político de transformación.

Al momento de finalizar este estudio nos encontramos en un escenario auspicioso para repensar el rol del Trabajo Social en el campo de la salud mental. Por un lado, el Parlamento acaba de aprobar la Ley de Reglamentación Profesional N° 19.778, una normativa que puede brindar garantías para mejorar el ejercicio profesional y fortalecer su lugar en ámbitos esenciales para la sociedad, como la salud mental. Por su parte, en el marco de la Ley de Salud Mental N° 19.529, todavía está pendiente la discusión y reglamentación de la mayor parte de su articulado así como la puesta en marcha de un Plan Nacional de Atención. A partir de la experiencia del Plan de Implementación de Prestaciones, el colectivo cuenta con insumos para pronunciarse sobre el lugar de la profesión en los dispositivos de atención del PNA y contribuir a mejorar la implementación de la ley para seguir avanzando en la modificación del modelo.

Las reflexiones presentadas intentaron ser las primeras respuestas a interrogantes que generen nuevas preguntas de investigación. A través de esta primera aproximación a las prácticas profesionales en el PNA de ASSE, se espera contribuir a generar un espacio para profundizar en un campo que en la actualidad demanda tanto del Trabajo Social.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L. (1997) *Modernidad y servicio social: un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Disertación (Maestría en Servicio Social) Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.
- Amico, L., (2004) “Desmanicomialización: hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental.” *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición N.º 35- primavera 2004. Disponible en: <<https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>> Acceso. Junio de 2008
- Augsburguer, C. (2002) “De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave.” En: *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75. Disponible en <<http://amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/07/n81a390.pdf>> Acceso: agosto de 2017
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). “Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes”. En: *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143. Disponible en: <http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_46/documentos/46_cssociales05_bang.pdf> Acceso: septiembre de 2019
- Baraibar, X. (1999) "Las paradojas de la focalización" En: *Servicio Social y Sociedad*, Nº 56. Ed. Cortéz. Sao Paulo. Brasil.
- Baroni, C. (2018) “Para abrir hay que cerrar. Apuntes acerca de la Ley de Salud Mental”. En: *ZUR Pueblo de Voces. Colectivo de comunicación*. Nota periodística. Disponible en: <<http://zur.org.uy/content/para-abrir-hay-que-cerrar-apuntes-acerca-de-la-ley-de-salud-mental>> Acceso: julio de 2019
- Borde, E., Tovar, M., (2017) “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública”. *Saúde debate* [online]. 2017, vol.41, n.spe2, pp.264-275. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s222>> Acceso: junio de 2018
- Borrell i Carrió, F. (2002) “El modelo biopsicosocial en evolución”. En: *Revista Medicina Clínica*. Barcelona; 119(5):175-179 Disponible en: <http://altascapacidades.es/portaEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf> Acceso: mayo de 2018
- Busquets, J M. (2006) “Y ahora? El primer ciclo del gobierno de izquierda en Uruguay” En: Instituto de Ciencia Política. Observatorio Político. Informe de Coyuntura N° 6. Parte III *Políticas Públicas y Reforma del Estado*, Casa Bertolt Brech (123- 124), Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.
- Carballeda, A. (2001) “La Interdisciplina como Diálogo. Una visión desde el campo de la Salud”. Artículo publicado desde el Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Atención a las adicciones. Disponible en: <<http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/adiccionespdf/carballeda2.Pdf>> Acceso: mayo de 2018
- Carballeda, A. (2012) “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas”. *Margen Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición electrónica. N° 65 – julio 2012 Disponible en:

<https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf> > Acceso: julio de 2019

- Cazzaniga, S. (2017) “La reinención profesional en tiempos de desolación”. Conferencia Central. En: Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR (2017) *Transformaciones sociales, protección social y Trabajo Social*. XII Congreso Nacional de Trabajo Social. (46-55) Silva et all compiladores. Montevideo 6 y 7 de julio de 2017. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2018/04/Libro_XII-Congreso-Nacional-TS.pdf> Acceso: junio de 2019

-Dabas, E., Perrone, N. (1999) “Redes en Salud”. Parte II. Documento Inedito. Disponible en <<https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Redes%20en%20salud.pdf>> Acceso: abril de 2018

- De Pena, L., Silva, C. (2017) “Perspectiva bioética y sus aportes para el campo de la salud mental”. En: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Grupo de Salud Mental Comunitaria- UdelaR Editorial Psicolibros Universitario (69-87)

- Dornell, T. (2005) "Redes sociales y participación social". Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Disponible en <<http://www.creadess.org/index.php/investiga/descarga-de-documentos/category/68-territorio-y-redes-sociales?download=30:territorios-y-redes-sociales>> Acceso: abril 2018

- Elichiry N. (2009) Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires: Manantial

-Etchebarne L. (2001) “Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención”. En: Etchebarne L. *Temas de Medicina Preventiva y Social*. Montevideo, Fefmur. 2001. pp. 75-82.

- Fernández Castrillo, B (2017) “Salud Mental y políticas públicas: algunas notas”. En: Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria- Universidad de la República (2017) *Salud mental, comunidad y derechos humanos*. (pp. 125- 146). Montevideo: Psicolibros Universitario.

- Fernández Castrillo, B. (2017) *Texto, pretexto y contexto de las políticas de Salud Mental en el Uruguay Progresista*. Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica, CSIC-UdelaR. Uruguay. Biblioteca Plural N° 20 Disponible en: <http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageId/1026#heading_6271> Acceso: febrero de 2018

- Fernández Castrillo, B. (2016) *Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en salud mental en el Uruguay progresista*. Proyecto de Investigación CSIC I+D 2016-2019. Investigador responsable Dra. (PhD) Beatriz Fernández Castrillo. Documento inédito. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social.

- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. S/d. (25-34) Disponible en: <http://www.intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf > Acceso: mayo de 2017

- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Galende, E. (1983) “La crisis del modelo médico en Psiquiatría” En: *Cuadernos médicos sociales*. Disponible en: <<http://conferenciabasagiargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/apuntes-de-Galende.pdf>> Acceso: marzo de 2018
- Ginés, A. (2012) “Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud”. En: De León, N. (Coord.) (2013). *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. (pp. 37-50) UdelAR. CSIC
- Goodman, L. A. (1961). “Snowball sampling.” *Annals of Mathematical Statistics* 32:148–70.
- Granda, E (2004) “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?” En *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, núm. 2, abril-junio, 2004, p. 0 Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>> Acceso: marzo de 2018
- Krause, M. (1995). “La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos”. *Revista Temas de Educación*. 7. 19-40. Disponible en: <<http://files.mytis.webnode.cl/200000020-f1c75f2c42/Krause.%20M.%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>> Acceso: julio de 2018
- Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández Galeano, M., (Ed) (2011) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*, Montevideo, Organización Panamericana de la Salud.
- Mitjavila, M., (1992) “Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización.” En: *Cuadernos del CLAEH. Revista uruguaya de Ciencias Sociales* Año XVII N° 62, Montevideo.
- Menéndez, E. (1984) “Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico.” En: *Revista Paraguaya de Sociología*. N° 21, 153 a 171.
- Menéndez, E. (1990) *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*. Ed. Alianza, México.
- Ortega, E. (2003). *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.
- Ortega, E. (2011) *Medicina, religión y gestión de lo social*. Ediciones Universitarias-CSIC. Colección Biblioteca Plural. Montevideo. 2011.
- Ortega, E; Mitjavila, M (2005) “El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica” *Revista Katálysis*, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 211-224 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil Disponible en:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179616343008>> Acceso: junio de 2018

- Pereira Canto, S. (2011.). *El Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención*. Tesis de grado. Universidad de la Republica (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/8956> Acceso: setiembre de 2019.

- Pérez, R. (2017) “¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? La disputa por la noción de sujeto y subjetividad”. En: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Grupo de Salud Mental Comunitaria- UdelaR Editorial Psicolibros Universitario (105-124)

- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., y Garcia Jimenez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Editorial Aljibe. Málaga. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/44376485_Metodologia_de_la_investigacion_cualitativa_Gregorio_Rodriguez_Gomez_Javier_Gil_Flores_Eduardo_Garcia_Jimenez> Acceso: agosto de 2018

- Romano, S; Novoa, G; Gopar, M; Cocco, A; De León, B; Ureta, C, Frontera, G, (2007). “El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en equipos comunitarios de salud mental”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 71(2): 135-152.

- Sosa, M (2010) *Salud Mental: la importancia del abordaje interdisciplinario a través de los equipos comunitarios de salud mental. Problemas y potencialidades*. Tesis de Grado. Universidad de la República (Uruguay) Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

- Stolkiner, A. (1999) “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El campo psi.” *Revista de información especializada*. S/d Disponible en: <<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>> Acceso: octubre de 2017

-Stolkiner A, Solitario R. (2007) “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías”. En: Maceira D, compilador. *Atención Primaria en Salud: enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós; 2007. pp. 121-46

- Taylor S, J; Bodgan, R (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Vazquez, N (2015) *Profesionales que trabajan en policlínicas barriales de salud mental y la importancia de un trabajo integrado*. Tesis de Grado. Universidad de la República (Uruguay) Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

- Villasante, T. (1998) *Cuatro redes para mejor-vivir*. Lumen Humánitas. Buenos Aires.

DOCUMENTOS

- ASSE (2018) Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación en Abril/2018. Documento de la Administración de Servicios de Salud del Estado para elaborar el Plan Estratégico de implementación de la Ley No 19.529. Redacción del documento: Prof. Dra. Sandra Romano Fuzul Disponible en: <file:///C:/Users/beatr/Downloads/Diagnostico_situaci%C3%B3n_SM_ASSE_06_2018>

[_pag_ASSE \(1\).pdf](#)> Acceso: junio de 2018

-Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. (2005) Documento Programático: Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. CATP, MSP, OPS. Disponible en: <http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_3_asm.pdf> Acceso: junio de 2018

-Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (2001) Disponible en: <http://impo.com.uy/bases/leyes-internacional/17330-2001> Acceso: setiembre de 2019

- Convención Internacional sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (2008). Disponible en: <<http://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/18418-2008>> Acceso: setiembre de 2019

-Decreto 305/2011 (2011) Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Departamento de promoción estratégica en Salud, Área de promoción y prevención, Programa Nacional de Salud Mental. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/programa/prestaciones-en-salud-mental>> Acceso: marzo de 2018

- Federación Internacional de Trabajo Social, FITS (2014) Definición global del Trabajo Social Aprobada en la Asamblea General de la FITS. 06 de julio de 2014, Melbourne, Australia. Disponible en: <https://www.adasu.org/prod/1/217/Definicion.Global.Trabajo.Social.Julio.2014...pdf> Acceso: octubre de 2019

- Guida, C (s/d) *Modelos de atención en salud*. Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semipresencial. Curso Niveles de Atención en Salud. Área de Salud-Facultad de Psicología, UdelaR Disponible en: <http://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-modelo.pdf > Acceso: mayo de 2018

-Ley N° 18.211 (2008) *Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8293306.htm>> Acceso: setiembre de 2017

-Ley N° 19.529 (2017) *Ley de Salud Mental*. Disponible en:<<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>>Acceso: octubre de 2019

- Menéndez, E. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Ponencia presentada en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires. Disponible en: <<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a28.pdf>> Acceso: abril de 2018

-Ministerio de Salud Pública (1986) *Plan Nacional de Salud Mental*. Montevideo, Uruguay: Autor Disponible en <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>> Acceso: julio de 2017

- Organización Mundial de la Salud (1978) “Declaración de Alma –Ata.” En *Revista La*

salud de todos: desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo. Capítulo II. Red N° 5, 17 - 49. Programa URB-AL. División Salud y Programas Sociales. Intendencia Municipal de Montevideo, Instituto del Hombre.

-Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de salud. Conferencia Internacional sobre promoción de salud.* Ottawa, Canadá. Disponible en <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>> Acceso: julio de 2017

- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario.* Ginebra: OMS. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/who_hpr_hep_98.1_spa.pdf?sequence=1> Acceso: mayo de 2018

- Organización Panamericana de la Salud (1990) *Declaración de Caracas.* Adoptada el 14 de Noviembre de 1990 por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Oficina Regional de la OMS para las Américas Caracas, Venezuela. Disponible en: <https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf> Acceso: abril de 2017

- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (2005) *Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, Brasil.* Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf> Acceso: abril de 2017

- Setaro (2014) “Nuevos esquemas de gobernanza dentro de “los tres mundos de bienestar”. El caso del Sistema Nacional Integrado de Salud”. Conferencia presentada en las *XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales.* Universidad de la República- Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: <<http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2014/09/Setaro.pdf>> Acceso: abril de 2018