



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Ciencias
Sociales

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

Lo (im)postergable:
una aproximación al primer nivel de atención en salud
mental durante el período de pandemia (2020 - 2022)

María Lucía Gómez
Tutora: Cecilia Silva

2023

Resumen

Este trabajo se realizó en el marco de la elaboración de la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. El campo temático en el que se inscribe es el campo de la salud mental. El objetivo general de la monografía fue realizar una aproximación al conocimiento de la situación de atención de la salud mental en el período 2020-2022. Como objetivos específicos el planteo estuvo en torno a conocer las estrategias implementadas por los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) de las policlínicas de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo durante el período de emergencia sanitaria; conocer las estrategias implementadas por algunos colectivos autogestionados vinculados al primer nivel de salud mental; e indagar en las percepciones de los integrantes de estos equipos y dispositivos sobre la accesibilidad y la continuidad de la atención durante el período 2020 - 2022.

Es un estudio de carácter cualitativo, descriptivo y exploratorio. Se eligió una fuente de datos primaria constituida por ECSM, aplicándose como instrumento la recolección de datos en entrevistas semiestructuradas. Los equipos a entrevistar fueron seleccionados con el siguiente criterio: en primer lugar, que fueran integrantes de la Red de Atención Primaria (RAP); en segundo lugar, que abarcaran la mayor diversidad de territorios posible. Los equipos del Hospital Vilardebó y el Hospital Saint Bois fueron incluidos como excepción por la referencia que constituyen en sus territorios en materia de salud mental. Los equipos seleccionados fueron los pertenecientes a las siguientes policlínicas: La Cruz de Carrasco, Piedras Blancas, Maracaná Sur y Sayago - Udai II. Todos fueron entrevistados a excepción del último, con el que no pudo establecerse contacto. Asimismo, se incluyeron dos colectivos autogestionados: Vilardevoz y la Organización de Usuarios de la Salud del Oeste (OUSO). Se entendió que la perspectiva de éstos colectivos es sumamente relevante ya que recoge miradas de personas usuarias de los servicios de atención en salud mental, además de constituirse como actores fundamentales en el campo de la salud mental como se profundizará más adelante.

Los principales hallazgos señalan que durante el período 2020 - 2022, la pandemia tuvo un efecto totalizador de la vida, pasando a ser lo central y prioritario (y muchas veces lo único) tanto en la agenda pública como en la vida cotidiana de cada persona. En la misma línea, se observa una profundización de la mirada y el abordaje biologicista de la salud mental. Por otro lado, los colectivos autogestionados tuvieron otra capacidad de readecuación y otra vivencia marcada por su punto de vista particular, escapando en gran parte al efecto totalizador mencionado.

En el último capítulo se realizan algunas consideraciones sobre la reforma de la salud mental en nuestro país y sobre las implicancias del Trabajo Social en este campo.

Palabras clave: salud mental, comunidad, pandemia, derechos humanos

Agradecimientos

A mis padres, por darme la libertad de elegir el camino
y apoyarlo con amor.

A mis amigas y amigos, sobre todo a Agu, Magui, Male, Luchi y Vale,
compañeras no solo de clase.

A Cecilia, por motivar la chispa que llevó al tema de esta monografía
y acompañarme en el aprendizaje.

A Pam, por corregir esta monografía con cariño y humor.

Tabla de contenidos

1. Introducción	5
2. Sobre la noción de salud mental	8
Primer Nivel de Atención y Atención Primaria en Salud	9
3. Breve recorrido histórico sobre la atención de la salud mental en Uruguay	12
4. Equipos comunitarios de salud mental: breve recorrido y conformación actual	16
5. Estrategias para la atención durante la emergencia sanitaria	20
La pandemia como efecto totalizador de la vida	23
Profundización de la mirada y abordaje biologicista	25
6. Las almas repudian todo encierro: modalidades alternativas de atención en salud mental	28
Organización de Usuarios de la Salud del Oeste	28
Radio Vilardevoz	29
Hacia un nuevo paradigma	30
7. Consideraciones finales	32
8. Referencias bibliográficas	34

1. Introducción

El presente documento se inscribe en el marco de la elaboración del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; el mismo se ubica en el campo temático de la Salud Mental. Se propone una aproximación a la actualidad de la atención a la salud mental dentro del primer nivel de atención, haciendo énfasis en el período de emergencia sanitaria por COVID-19 (2020-2022). En esta aproximación, se intenta identificar las posibles readequaciones en el accionar de los ECSM que forman parte de las policlínicas de ASSE, así como las percepciones, —tanto de los equipos como de los usuarios—, sobre la accesibilidad y la continuidad del trabajo en este período. Asimismo, se tienen en cuenta algunos colectivos autogestionados vinculados al primer nivel de atención en los que participan tanto funcionarios de ASSE como usuarios, profesionales y estudiantes de distintas disciplinas.

La asistencia de la salud mental ha adquirido relevancia en la agenda pública en los últimos años, primero a raíz del proceso de transformación en torno a la aprobación de la Ley Nro 19.529 (Uruguay, 2017) , que actualiza el marco normativo para la atención en salud mental en nuestro país, y luego con las medidas de aislamiento social tomadas como consecuencia de la emergencia sanitaria por COVID-19 y las implicancias que estas tuvieron en el bienestar integral de la población. Es este último contexto es en el que hace énfasis, ya que las estrategias tomadas para combatir la pandemia trastocaron la vida cotidiana de todas las personas, además de las dinámicas sociales, económicas e institucionales en general. Así es que cabe hacerse varias preguntas: ¿cómo impactó la pandemia y su gestión en la demanda de atención en salud mental? ¿Hubo transformaciones en las estrategias del primer nivel a raíz de las medidas tomadas?

Esta monografía se orienta a responder la segunda pregunta, haciendo foco en Montevideo y en el período comprendido entre marzo del 2020 y marzo del 2022. Es urgente para el Trabajo Social investigar en este campo por varias razones. En primer lugar, la salud ha sido un campo de inserción para la profesión desde su institucionalización en nuestro país (Ortega y Mitjavila, 2005). Siguiendo a las autoras, el espacio profesional está genéticamente vinculado al área de la salud en nuestro país, ya que nace «asociado a estrategias de disciplinamiento emergentes del proceso de medicalización de la sociedad» (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 212). Por este vínculo genético entre la salud y el Trabajo Social, interesa investigar las distintas formas de inserción que tiene la profesión hoy en día en este campo.

Por otro lado, resulta relevante estudiar cómo se dieron las estrategias para la atención en el primer nivel en el período de emergencia sanitaria, ya que las medidas de distanciamiento social y aislamiento modificaron las condiciones en las que los equipos y dispositivos venían funcionando hasta ese momento. Como indican los resultados de la Encuesta sobre Salud y Acceso a Cuidados Médicos, implementada entre marzo y mayo del 2020 por el Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales: «la pandemia provocada por la COVID-19 ha cambiado drásticamente las modalidades de atención médica ambulatoria y el cuidado de la salud» (Ferre et al., 2021, p. 2). Según los autores, los resultados de la encuesta muestran mayores dificultades para el acceso a consultas y menores grados de satisfacción en usuarios de ASSE. Asimismo, muestran que la mayoría de las policlínicas recurrieron a medios alternativos de atención como la teleasistencia (Ferre et al., 2021). Entonces, cabe preguntarse si la población usuaria de ASSE sufrió mayores pérdidas en términos de acceso a la salud. Los ECSM se ubican en el primer nivel de atención, brindando atención ambulatoria centrada en la prevención y promoción (Romano, 2018). Este nivel está orientado a ser el más cercano a la población, permitiendo «una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz» (Vignolo et al., 2011, p. 12). A la luz de los resultados de la encuesta mencionada anteriormente, resulta relevante indagar si en este período se pudo mantener una atención oportuna y eficaz en lo referente a salud mental.

La estrategia metodológica consiste en un estudio de carácter cualitativo, descriptivo y exploratorio. Los ECSM seleccionados constituyeron la fuente de datos primaria, así como los dos colectivos autogestionados (Radio Vilardevoz y Ouso). Se optó por realizar entrevistas semiestructuradas como instrumento de recolección de datos. El objetivo general de esta monografía es realizar una aproximación a la actualidad de la atención a la salud mental dentro del primer nivel de atención en Montevideo durante el período 2020 - 2022. De este objetivo general se desprenden los objetivos específicos: conocer las estrategias implementadas por los ECSM de las policlínicas de ASSE en Montevideo durante el período de emergencia sanitaria; conocer las estrategias implementadas por algunos colectivos autogestionados vinculados al primer nivel de atención de salud mental; e indagar en las percepciones de los integrantes de estos equipos y colectivos sobre la accesibilidad y la continuidad de la atención durante el período.

Sobre los principales hallazgos se puede adelantar que la centralidad que adquirió la pandemia en la agenda pública, de la mano con la priorización que se le dio a los cuidados para combatirla por sobre cualquier otra urgencia, estuvo acompañada de un efecto

totalizador sobre la vida de las personas que dejó en un segundo plano otras dimensiones de la existencia más allá de la biológica.

En la misma línea, se observa una profundización de la mirada y el abordaje biologicista de la salud mental. Por otro lado, resulta imprescindible contar con la mirada de quienes llevan adelante dispositivos alternativos para la atención en salud mental, ya que dan cuenta del campo en disputa que constituye. Así se observaron algunas de las iniciativas que señalan el camino para una real transformación en salud mental: desmanicomializante, desestigmatizante e interdisciplinaria.

Un aspecto que resalta a lo largo de todas las entrevistas es la sensación de que los abordajes más allá de la farmacología quedaron relegados a un segundo plano o directamente suspendidos hasta nuevo aviso. La sensación de urgencia con respecto al COVID-19 fue generalizada en toda la población y más aún en el sistema de salud. «La imposición de políticas de corto plazo y enfocadas en “emergencias”, parece comprometer las posibilidades de proponer políticas de largo plazo, de anclaje estructural en los sistemas de atención» (Silva, 2020, p. 66). Es en este sentido que, aunque no explícitamente, el mensaje del gobierno y las autoridades del sistema de salud es que hay una situación sanitaria prioritaria y los demás padecimientos pueden esperar. Sin embargo, a lo largo de todas las entrevistas realizadas aparece lo fundamental que representa para los usuarios el abordaje de la psicoterapia individual tanto como grupal, entre otros.

El documento se organiza de la siguiente manera: en el segundo apartado, se presentan los conceptos fundamentales utilizados a lo largo del trabajo. En el tercer apartado, se realiza un breve recorrido histórico sobre la atención en salud mental en nuestro país. En un cuarto apartado se recupera el proceso de construcción de los ECSM y se describe brevemente su funcionamiento en el presente. Luego, el apartado cinco contiene los hallazgos de la investigación separados en dos puntos: el efecto totalizador de la vida que produjo el fenómeno de la pandemia y la profundización de la mirada y el abordaje biologicista para el campo de la salud mental. El sexto apartado se dedica a recuperar la mirada y narrativa sobre este período de los colectivos autogestionados.

2. Sobre la noción de salud mental

Conceptualizar la salud mental es un desafío, ya que representa un campo temático complejo en el que no existen consensos o definiciones unívocas. Más allá de referir a la historicidad de los modelos y prácticas asistenciales que han estudiado e intervenido en el campo de la salud mental; hoy existe una trama compleja de actores que incluyen profesiones, disciplinas, organizaciones de la sociedad civil, usuarios, entre otros, y según el posicionamiento que se tome en esta trama se tendrá una visión particular sobre lo que es la salud mental y sobre cómo hay que trabajar con ella.

De León y Techera (2017, p. 56) señalan que «diversos actores luchan por dar dirección a las prácticas vinculadas al sufrimiento y sus condiciones de producción, intentando construir institucionalizaciones que produzcan sentido y posiciones de poder» . Esta idea puede vincularse con una observación de Foucault (1992, p. 12) al respecto del lugar del discurso: este «no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse». Por lo tanto, lo que se dice sobre la salud mental se inscribe en una lucha por el poder de decir, de nombrar, que conlleva poder decidir cómo se trabaja con el sufrimiento mental.

Se puede empezar señalando que el campo de la salud mental abarca el estudio y tratamiento de los padecimientos mentales, los cuales como problemática «hunden sus raíces en un antiguo debate respecto a la cualidad de la salud y la enfermedad, y de lo “mental” que se mantiene hasta el día de hoy» (Fernández, 2017, p. 114). Entonces, se pueden ubicar dos puntos centrales: el concepto de salud y enfermedad, y las posturas sobre qué es lo «mental» en la salud. Fernández (2017, p. 114) ubica «dos posturas epistemológicas y científicas respecto a si el problema de la salud y de la enfermedad es de orden “objetivo-natural” o “subjetivo-histórico/social”». En la postura que sostiene el orden objetivo-natural se basan interpretaciones e intervenciones psiquiátricas, que priorizan lo biológico del ser humano buscando «relaciones causales que permitan controlar los padecimientos mentales» (Fernández, 2017, p. 144). Desde esta mirada, el sujeto es reducido a su dimensión biológica y, por lo tanto, su experiencia particular y subjetiva no es tomada en cuenta a la hora de comprender y trabajar con su sufrimiento mental. Por otro lado, desde la perspectiva subjetivo-histórico/social los padecimientos mentales «son modalidades de respuesta a diferentes exigencias del medio, donde intervienen elementos socio-históricos que interactúan con el plano biológico» (Fernández, 2017, p. 145). La esencia de esta contraposición de posturas es el concepto mismo de ser humano: mientras

que la primera concibe al ser humano como un ser biológico, en el que las condiciones socio-históricas podrán ser a lo sumo variables que intervienen en el mecanismo cerebral, para la segunda el ser humano es singular e histórico, por lo tanto su conducta y sufrimiento mental se inscriben en una «determinada trama de significaciones y sentidos sociales que producirán subjetividad» (Fernández, 2017, p. 145).

Los aportes de Fernández (2017) permiten visualizar dos grandes posturas epistemológicas que interactúan en el campo de la salud mental, y dentro de las cuales se encuentran diversas particularidades y modalidades de intervención y atención. En cuanto a la aparición del concepto salud mental, Galende (2015) señala que como forma discursiva tiene una fundación política en 1953 por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de este giro conceptual fue «superar la organización de los servicios y modalidades de atención psiquiátrica girando las acciones hacia la prevención, la revisión de las internaciones asilares y el desarrollo de servicios ambulatorios» (Galende, 2015, p. 52). Este giro es caracterizado como una «reconversión» también en «los objetos de la psiquiatría (de enfermedad mental a trastorno o sufrimiento mental), y de las formas de enunciación sobre el sufrimiento mental» (Galende, 2015, p. 52). Se puede ver una voluntad al menos discursiva por superar la hegemonía psiquiátrica, y la postura objetivo-natural no solo en la enunciación sino, en la intervención del sufrimiento mental tendiendo hacia modelos de atención que se sustenten más en lo subjetivo-histórico/social de los padecimientos mentales. Sin embargo, desde el surgimiento del concepto salud mental marcado por la OMS, el camino de reconversión no ha sido lineal ni global. En el apartado siguiente se describirá brevemente cómo se ha desarrollado la atención de la salud mental en el Uruguay.

Primer Nivel de Atención y Atención Primaria en Salud

Los niveles de atención constituyen «una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población» (Vignolo et al., 2011, p. 12). Esta jerarquización se constituye en función de las necesidades de una población determinada, y no de los servicios prestados, aunque se puede identificar los servicios que típicamente integran cada nivel. Se distinguen tres niveles: el primero, siendo el primer contacto con la población; el segundo, donde se atienden necesidades que requieren intervención específica y el tercero, que refiere a la atención de lo definido como patologías complejas que requieren atención altamente especializada. En cada nivel existe un grado de complejidad ascendente, tanto en los recursos humanos como en los tecnológicos, por lo tanto, en el primer nivel ubicamos policlínicas y centros de salud, en el segundo

encontramos hospitales y centros donde funciona alguna especialidad y en el tercero identificamos hospitales altamente especializados (Vignolo et. al., 2011).

El primer nivel de atención es el más cercano a la población, orientado a resolver las necesidades más frecuentes y de baja complejidad por el desarrollo de acciones de promoción, prevención y procedimientos de recuperación y rehabilitación. La promoción como estrategia para la atención en salud se define en la Carta de Ottawa de 1986, producto de la Conferencia Internacional para la Promoción en Salud allí celebrada por la OMS. Allí se la define como la acción de «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma» (OMS, 1986). Lo esencial de la propuesta es la incorporación de dimensiones sociales, económicas y políticas en el concepto de salud y la centralidad que le otorga a la participación activa de la comunidad en los procesos de decisión de las políticas sanitarias. Por otro lado, la prevención se centra en la anticipación de las enfermedades y padecimientos, por el accionar en los factores de riesgo y determinantes de la salud.

Si bien en el uso común del lenguaje tienden a usarse como sinónimos primer nivel de atención, y Atención Primaria en Salud, no refieren a lo mismo. La Atención Primaria en Salud es una estrategia definida en la Conferencia de Alma Ata de 1978 por la OMS. Esta se define como: «una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad» (OMS, 1978). Vignolo (2011, p. 13) señala que la Declaración de Alma Ata constituyó «un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad», hacia un modelo que incluya acciones de promoción y prevención en todos los niveles.

Sin embargo, como señalan Stolkiner y Solitario (2007) la Declaración de Alma Ata no refleja una realidad que se haya cumplido, sino un ideal que se cristaliza al llegar al declive de la era de los Estados Sociales y comenzar a instaurarse políticas pro mercado, contexto en el cual las autoras sostienen que los objetivos propuestos no se lograron. Para analizar la actualidad de los desafíos pendientes, toman el informe de la salud mental en el mundo elaborado por la OMS en 2001 y el documento elaborado por la OPS y la OMS en 2005 titulado *Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*. En ellos, se propone retomar el enfoque de la Atención Primaria como estrategia para lograr algunos puntos pendientes: el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, lograr disponibilidad plena de medicamentos esenciales, garantizar equidad en el acceso, entre otros.

Puede entenderse que un fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud debería comprender uno del primer nivel de atención dado su énfasis en la promoción y prevención, y el objetivo de poner al alcance de toda la población la asistencia que necesiten.

En las distintas declaraciones mencionadas hay una marcada tendencia hacia distintas transformaciones en las formas de atender en Salud Mental. También se destaca la apertura en las formas de entender la salud mental, desde el origen del concepto mismo. Sin embargo, como fue señalado a partir de los aportes de Stolkiner y Solitario (2007), la realidad no ha acompasado estos cambios conceptuales y orientativos de la intervención.

3. Breve recorrido histórico sobre la atención de la salud mental en Uruguay

El primer centro de salud destinado a la atención de la salud mental en nuestro país es el Asilo de Dementes, abierto en 1860 y luego convertido en el Manicomio Nacional en 1880, lo que hoy conocemos como Hospital Vilardebó (Romano, 2018). El número creciente de internaciones conlleva a la apertura de las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi en 1912 (Grippi, 2019). Estas instituciones se caracterizan por ser monovalentes, es decir, que trabajan solo con una especialidad, en este caso la psiquiátrica. Beatriz Fernández Castrillo (2015, p. 30) identifica que históricamente han presentado «una infraestructura insuficiente, con escaso personal sin especialización, que se han limitado casi exclusivamente al tratamiento somático con medicación psicotrópica y electroconvulsoterapia».

A lo largo de la primera mitad del siglo xx se desarrolla una tendencia creciente a la internación psiquiátrica, hasta que en la década de los setenta se constata la superpoblación de las instituciones y se produce una desmanicomialización forzada. Este proceso ocurre sin un plan de reinserción en la sociedad ni tratamientos alternativos, por lo que la mayoría de esta población queda en situación de calle (Grippi, 2019). Para los años ochenta se estimaban en cerca de 2000 las personas internadas, de las cuales más de la mitad no se conocía su nombre, historia ni lazos familiares, eran denominadas «NN» (Fernández Castrillo, 2015).

Durante la última dictadura, dentro de las luchas por los derechos humanos estaba contenida la lucha por una salud mental digna. En el marco de la reapertura democrática es que se convoca la creación del Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en 1987 (Fernández Castrillo, 2015). El mismo tiene por objetivos garantizar la atención en Salud Mental de individuos y grupos desde una perspectiva integral, haciendo énfasis en la promoción y prevención, así como la creación de una red que integre y dinamice los servicios e instituciones involucradas (MSP, 1986).

Nin, Regina y Porciúncula (2004) identifican las acciones más relevantes desarrolladas en los años posteriores a la aprobación del Plan de 1986; entre ellas destacan: mejoras edilicias en el Hospital Vilardebó y en las Colonias, capacitaciones a distintos profesionales, creación de un centro diurno en el Hospital Vilardebó en 1991, creación de una red comunitaria coordinada entre los distintos niveles de atención en 1992 y, finalmente, el

cierre del Hospital Psiquiátrico Musto en el año 1996, el cual se identifica como un hito fundamental en la transformación de la atención a la salud mental. Hasta esa fecha, si bien se reconocen estos y otros logros, los autores sostienen que se encontraban «todavía con una oferta típicamente asistencialista, basada en policlínicas de diagnóstico y tratamiento a las cuales llegaba el usuario ya enfermo y donde, como única alternativa, se le ofrecía la atención “médica psiquiátrica”» (Nin et. al., p. 13, 2004). El cierre del Hospital Musto provocó una transferencia de personal hacia el primer nivel de atención. Este hito es interpretado como un movimiento hacia un cambio de modelo en la atención en Salud Mental, tendiendo a uno que fortalece el primer nivel de atención, y por lo tanto ubicando el sufrimiento mental como un fenómeno posible de ser atendido por éste (Nin et al., 2004).

En el año 2011, mediante un decreto presidencial se aprueba el «Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud», enmarcado en el Área Estratégica de «Prestación de servicios de Salud Mental centrados en la atención primaria en salud» del documento «Estrategia y Plan de acción sobre Salud Mental» aprobado por la OPS en 2009. El Plan de Prestaciones se propone garantizar el acceso a prestaciones en salud mental a toda la población, haciendo énfasis en que «cada cual reciba atención de calidad de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad económica» (MSP, 2011). En el mismo se detallan las prestaciones que a partir de ese momento serán obligatorias para todos los prestadores de salud, que consisten en distintos tipos de intervenciones psicosociales y abordajes terapéuticos. Se afirma que este tipo de abordaje en nuestro país, salvo algunas excepciones, recaía mayormente en el ámbito particular, resultando poco accesible para la mayoría de la población. En el plan se menciona la necesidad de llevar adelante acciones concretas que hagan efectivo el cambio de modelo de atención en Salud Mental que propuso el Plan Nacional de Salud Mental de 1986, haciendo énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención.

En el año 2017 es aprobada la Ley de Salud Mental 19.529. La misma actualiza la normativa vigente, la cual consistía en la «Ley del Psicópata» aprobada en 1936. De León y Techera (2017) señalan que esta Ley es la «cristalización de un proceso que tiene más de tres décadas en nuestro país» (De León y Techera, 2017, p. 58), del cual forman parte los hechos mencionados anteriormente. Refiriendo concretamente al proceso de debate y aprobación de la ley, este se desarrolló entre 2015 y 2017, y participaron diversas organizaciones entre las cuales cabe mencionar la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, la cual nuclea distintos grupos y organizaciones de la sociedad civil.

La Ley de Salud Mental tiene por objetivo «garantizar el derecho a la protección de la salud mental» (Uruguay, 2017). A propósito de la protección de la salud mental, señala que ésta «abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental» (Uruguay, 2017). Un punto fundamental de la ley es que se propone una progresiva desinstitucionalización mediante el cierre de las instituciones asilares y monovalentes, las que se sustituirán con estructuras alternativas. Para esto, prohíbe la internación en estas instituciones desde la aprobación de la ley, y se da plazo hasta el año 2025 para efectivizar su cierre. Asimismo, se propone el fortalecimiento del Plan Nacional de Vivienda para brindar alternativas habitacionales a las personas con trastorno mental severo, así como prohíbe el uso de la hospitalización para la resolución de necesidades de vivienda.

Si bien la ley en general resulta un avance significativo con respecto a su predecesora (Ley del Psicópata), permanecen aún algunas conceptualizaciones que remiten a la capacidad o incapacidad de cada persona en particular, manteniendo en vigencia nociones sobre lo «normal» y lo «anormal». Silva (2020) apunta al respecto que las definiciones de Salud Mental y trastorno mental que contiene la ley hacen referencia al grado de adecuación de la persona con respecto a un funcionamiento normal, poniendo énfasis en la capacidad de la persona para realizar esta adecuación, agregando que «si bien esta norma reconoce que el estado de salud está determinado por componentes histórico-sociales, no los involucra en la determinación de la situación de salud mental» (Silva, 2020, p. 49).

Al día de hoy, existe un balance negativo sobre el grado de implementación de la Ley de Salud Mental por parte de varias organizaciones y colectivos vinculados a este campo, así como por parte de algunos integrantes de los ECSM entrevistados. Una entrevistada sostuvo que esta ley fue aprobada sin presupuesto asignado y, por lo tanto,

«se van a ver ahora en la rendición de cuentas en el plan que tenga este gobierno para [...] la profundización de la reforma en la salud, y también para la implementación de la Ley de Salud Mental que quedó en *stand by*» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

En consonancia con lo planteado, en la decimoprimer Marcha por Salud Mental llevada a cabo el 10 de octubre del 2022, se reclamó por el cierre de las instituciones asilares y monovalentes, recordando que autoridades de este gobierno han hecho declaraciones públicas en las que se afirma que este cierre no se dará. Es el caso de Leonardo Cipriani, presidente de ASSE, quien en el marco del proceso de rendición de cuentas del año 2022

declaró que no se va a poder cerrar el Vilardebó para el 2025, agregando que no se puede «dejar a esos uruguayos en la calle o en alguna otra situación» (Gutiérrez, 2022). Es interesante el planteo dicotómico entre internación y situación de calle, ya que el reclamo por presupuesto para la implementación de la ley justamente implica más recursos para la creación de modalidades que sean alternativas reales a las instituciones asilares y monovalentes.

De este breve recorrido histórico sobre las formas de trabajar con la Salud Mental en el Uruguay se puede afirmar que el país se encuentra en un momento de modificación y transición en cuanto a los modelos de atención. Si bien existe una tendencia al menos enunciativa hacia modelos más comunitarios, ambos modelos y sus diversas formas de concreción siguen tensionados y encuentran distintas formas de mantenerse vigentes.

4. Equipos comunitarios de salud mental: breve recorrido y conformación actual

Como fue señalado en el capítulo anterior, el cierre del Hospital Musto es identificado como un hito en la transformación de la atención a la Salud Mental en nuestro país, así como el movimiento previo a la creación de los ECSM . Los recursos que estaban localizados en el Hospital Musto fueron transferidos al primer nivel, pasando a conformar los ECSM en policlínicas de ASSE y por lo tanto dependientes de la RAP. La cantidad de ECSM fue creciendo progresivamente tanto en el área metropolitana como en el interior del país. Una entrevistada mencionó que esta reorganización de recursos tenía

«la finalidad de que la atención en territorio o comunitaria, fuera [...] estar satisfaciendo las necesidades de atención de la mayoría de la población, y de hecho lo es así» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Esta apreciación va en la línea del entendido de que fortalecer el primer nivel de atención brinda mayores posibilidades de prevención, promoción y rehabilitación.

La formación de los ECSM tuvo distintas modalidades dependiendo de la particularidad de cada territorio, pudiendo conformarse a través de la transformación de equipos de trabajo ya existentes por la agrupación de técnicos ya pertenecientes a centros de salud o por la creación del equipo en centros donde aún no existía atención especializada en salud mental. (Romano et al., 2007) En términos generales los ECSM están conformados interdisciplinariamente, integrados por tres o cuatro psiquiatras de adultos y niños, niñas y adolescentes (NNA), un trabajador/a social, dos o tres psicólogas/os, un enfermera/o y un administrativas/o. La cantidad de personal depende de la situación particular de cada policlínica, sin embargo, la proporción suele mantenerse de esta forma. Las modalidades de trabajo varían según cada equipo, pero la atención individual en consultorio está presente en todas las policlínicas. La mayoría implementan también visitas domiciliarias, así como distintas formas de trabajo grupal con mayor o menor grado de intervención de la comunidad. Asimismo, realizan coordinaciones y derivaciones a otras instituciones cuando la situación así lo amerita.

Entre los ECSM entrevistados se encuentran los de policlínica Saint Bois y Vilardebó, que constituyen un caso particular, ya que se insertan en un primer nivel dentro de un tercer nivel al funcionar en una policlínica dentro de un hospital. El ECSM depende administrativamente del hospital y técnicamente de la división salud mental y poblaciones

vulnerables de ASSE. Por lo tanto, en este caso no interviene la RAP. Esta inserción institucional le imprime un carácter distinto al funcionamiento del ECSM, que está más volcado a satisfacer la demanda de atención individual. Una entrevistada explica que en este caso no se hace trabajo comunitario porque la inserción en hospital requiere un segundo nivel de atención, más especializado, y sí dedican horas a comunidad:

«[...] obviamente con la misma cantidad de técnicos, lo que va a hacer es reducir el número de consultas de policlínica» (entrevista a referente del primer nivel de atención, mayo del 2022).

En este sentido, otra entrevistada manifiesta que:

«Al principio ASSE mandó a que todas las policlínicas indiscriminadamente hicieran de todo, entonces íbamos [...] a todos lados. [...] salíamos mucho, obligados y mal, mal porque la gente no estaba formada para eso. [...] después eso se corrigió, se racionalizó y entonces iban los que tenían perfil para hacerlo» (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

Sobre la forma en que se desarrolla el trabajo comunitario por parte del equipo, hubo respuestas variadas. Por un lado, algunas se refirieron al trabajo interdisciplinario como un aspecto fundamental para trabajar con enfoque comunitario. Una entrevistada sostuvo que visualiza el modelo comunitario

«sobre todo en la forma de trabajar, en equipo y con la mirada en el afuera» (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

Menciona también la visita domiciliaria como una instancia para intercambiar con el entorno cercano del usuario, un momento que es

«enriquecedor, porque vos no te imaginás cómo vive». (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

Por otro lado, otra entrevistada sostiene que la visita domiciliaria es una herramienta asistencial que se utiliza cuando el usuario no se puede trasladar, diferenciándola de las visitas a instituciones que sí tendrían un fin comunitario. Nombra como ejemplo el trabajo que desarrolla el ECSM en algunas escuelas sobre prevención de consumo problemático (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

El trabajo grupal es otro elemento mencionado por las entrevistadas como parte del enfoque comunitario. Una de ellas expresa que el ECSM en el que trabaja, tiene desde su creación una finalidad comunitaria, ya que dentro de la zona de cobertura ya existía un ECSM

dedicado a atender la demanda de consulta individual. Destaca el trabajo de su ECSM con grupos para prevención de consumo problemático, remarcando su importancia por ser espacios de socialización y recreación (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

Por otro lado, otra entrevistada sostuvo que en el ECSM donde se encuentra no se desarrolla trabajo comunitario, señalando que lo interdisciplinario del trabajo no lo hace comunitario. Sostiene que la mayoría de los ECSM

«son equipos que trabajan en la comunidad, que trabajan en el barrio, que trabajan en una zona, nada más». (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

En este sentido, Silva (2022) comenta sobre la utilización del término comunidad que «parece tratarse de un discurso común, bajo el paragua que los derechos humanos otorgan, en el que parece ser que las acciones solo por el hecho de territorializarse solucionarán problemas radicalmente estructurales» (Silva, 2022, p. 19). De esta forma la instalación en el discurso del adjetivo comunitario «desdibuja la práctica y los contenidos subjetivantes de la misma» (Silva, 2022, p. 20). Esto se vio reflejado a lo largo de las entrevistas, en las que fue difícil en la mayoría de los casos llegar a algún contenido concreto que explique lo que las entrevistadas entendían por comunitario. Para la entrevistada citada al comienzo de este párrafo, el trabajo comunitario sería trabajar un tema específico que surja a interés de la comunidad y hacerlo de forma conjunta, luego «si alguien quiere que vaya al otro nivel a atenderse». Señala que el movimiento tendría que generar «círculos concéntricos» entre la comunidad y el ECSM, pero que, en general,

«vamos de magíster nosotros que sabemos todo a vomitar conocimientos a otros, eso no es comunidad, eso es dar una clase» (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

En la misma línea, Romano (2007) utiliza una definición de asistencia comunitaria para conceptualizar el trabajo de los ECSM, sosteniendo que «implica reconocer y trabajar en función de la realidad social para producir un cambio. Promover y proponer la autogestión de la población atendida, para la satisfacción de las necesidades planteadas» (Garrido en Romano et al., 2007, p. 138). La autora agrega que el anclaje territorial de los ECSM supone un desafío y una oportunidad «con potencialidad de formar parte de las redes de la comunidad, de las construcciones colectivas» (Romano et al., 2007, p. 140), y que «en el área de la salud la participación de la comunidad se da a través de agentes comunitarios, organizaciones barriales, grupos de usuarios y familiares» (Romano et al., 2007, p. 141).

En las expresiones de las entrevistadas se puede visualizar un cierto grado de consenso en cuanto a la naturaleza del trabajo de los ECSM. Sin embargo, de los dichos de la última entrevistada referenciada, se puede entender que según su perspectiva lo comunitario de los equipos tiende a ser más bien una cuestión de nomenclatura que una realidad. Esta perspectiva se condice con lo planteado en el capítulo anterior sobre la tendencia normativa hacia el modelo comunitario, que convive con la falta de materialidad. Como fue mencionado, la salud mental representa un campo en disputa, no solo por las formas de entenderla, sino por las perspectivas sobre cómo se debería trabajar en ella. Siguiendo a Schvarstein (1992), se puede decir que los colectivos que defienden el modelo comunitario encarnan una fuerza instituyente dentro de este campo que, si bien tiene algún lugar en la Ley de Salud Mental de nuestro país, aún lucha por materializarse en las formas de trabajo con la salud mental. El quehacer cotidiano de los ECSM no escapa a esta dinámica, dependiendo de la particularidad de cada equipo el grado presencia que adquiera el modelo.

5. Estrategias para la atención durante la emergencia sanitaria

En este apartado se hace un recorrido por las estrategias y reorganizaciones llevadas a cabo por los ECSM entrevistados durante el período de emergencia sanitaria. Asimismo, se analiza qué implicancias tienen estas estrategias en cuanto a tomas de posición dentro del campo de la salud mental.

Una de las entrevistadas sostuvo que

«en el nivel de atención primaria lo primero que hubo fue [...] un repliegue. [...] el primer año fue como medio parálisis y reorganización, y luego como tímidamente empezar a organizar nuevamente algunas cosas» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Esta afirmación cobra sentido con lo expresado por las demás entrevistadas, integrantes de distintos ECSM. En términos generales, se puede afirmar que durante el año 2020 la teleasistencia tomó centralidad dentro de las estrategias implementadas, ya fuera mediante videollamada o llamada telefónica. Luego durante el 2021 y el primer semestre del 2022, la consulta presencial fue recuperando su lugar y periodicidad. Además del espacio de consulta individual, la mayoría de los equipos desarrollan otro tipo de abordajes que en algunos casos son identificados como trabajo comunitario, por ejemplo los grupos de familiares, grupos para prevención y/o rehabilitación del consumo problemático de drogas, entre otros. En todas las entrevistas se menciona que estos espacios son los que más sufrieron modificaciones, incluso algunos aún no se han podido retomar.

Sobre la teleasistencia, se mencionaron distintas formas de articulación: en algunos períodos fue la única modalidad, y en otros la cantidad de consultas se dividió a la mitad entre consulta presencial y telefónica. También se nombraron distintas formas de trabajo del ECSM, entre las cuales algunos realizaban una semana presencial y otra telefónica, divididos en subgrupos. Una entrevistada expresó al respecto que

«se hizo lo que se pudo [...], se hizo en momentos donde eso era fundamental para mantener el vínculo». (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Este sentimiento fue expresado por la mayoría de las entrevistadas, por ejemplo, una de ellas expresó que:

«obviamente que no era la mejor pero era algo antes que nada» (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

Por otro lado, fue distinta la situación para los grupos. La misma entrevistada expresó que luego de declarada la emergencia sanitaria

«no hubo más grupos de terapia, grupos de familiares, ni clase de tango ni de zumba ni de nada» (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022)

Luego mencionó que a mediados del 2022 se realizó una actividad grupal y abierta como forma de ir abriendo el camino para que estos espacios se retomen. Uno de los ECSM llevaba adelante un grupo de consumo problemático que fue suspendido porque uno de los coordinadores tenía factores de riesgo, pero también fue retomado recientemente. Por otro lado, otro ECSM había comenzado con un grupo de adolescentes que se suspendió y aún no se ha retomado. Hubo un único ECSM que desarrolló una alternativa virtual a la grupalidad, implementando una dinámica diaria por Whatsapp a fin de mantener el contacto. Este grupo retomó la presencialidad en 2022 (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

Cabe hacer una primera apreciación referida a los factores externos a la dinámica interna de los ECSM, que en menor o mayor grado condicionan las posibilidades de acción y capacidad de decisión de los mismos. En primer lugar, en todas las entrevistas surgió la preocupación por falta de recursos humanos y materiales. Así lo expresaba por ejemplo una de las entrevistadas, al mencionar que algunos de los consultorios donde trabajaron durante la emergencia sanitaria no tenían teléfono, siendo imposible realizar las consultas de esa forma (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022). Otra entrevistada expresó que tenían restricciones edilicias desde antes de la emergencia sanitaria, las cuales se agudizaron

«porque había solo dos consultorios que tenían las condiciones de distancia y ventilación» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Agrega que luego uno de esos consultorios fue utilizado para realizar hisopados, quedando con un solo consultorio disponible para el ECSM.

En cuanto a recursos humanos, otra entrevistada sostuvo que

«el problema que tenemos ahora es la escasez de técnicos [...]. Esto es un problema exclusivamente de la administración» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

También es el caso de otro ECSM, del cual ya se mencionó que tiene una falta de psiquiatras desde antes de la emergencia sanitaria. La entrevistada expresó que a su entender esto sucede

«porque salud pública paga muy poco y las mutualistas pagan mejor, y los psiquiatras se van para las mutualistas» (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022).

En la misma línea, otro entrevistado expresa que desde antes de la emergencia sanitaria en ASSE

«hay un déficit importantísimo de profesionales», y como consecuencia «hay una demanda acumulada que no se sabe, la estimamos nosotros en más de dos mil personas en el territorio» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

La demanda acumulada también fue mencionada por otra entrevistada como un factor sobre el cual no pueden trabajar:

«si somos cuatro soldados para atender toda la demanda, es imposible y eso también nos genera que muchos pacientes no puedan acceder a la consulta» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Finalmente, otra entrevistada estima que hay 140 personas en lista de espera para tener consulta con psicología y en 120 para psiquiatría.

Estos factores son de suma importancia para poder analizar las estrategias tomadas, ya que aluden a problemáticas que se presentan desde antes de declarada la emergencia sanitaria. Es necesario mencionarlos para poder identificar con mayor claridad qué problemáticas surgieron a partir de la pandemia, y cuáles se agudizaron, pero ya estaban presentes.

Por último, cabe mencionar que el Ministerio de Salud Pública elaboró distintas resoluciones a lo largo del período que autorizaron determinadas estrategias y delinearón las acciones a tomar. Entre otras cosas, determinaba si se podía tener consultas presenciales o no. Sobre esto, una entrevistada expresó:

«eso fue caótico, porque venía una resolución, y después venía otra resolución que se contradecía con la primera, entonces, ¿qué hacemos?». En julio del 2021 «este equipo dijo: “se termina”» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022),

previo a la resolución que habilitaba a retomar las consultas presenciales en su totalidad.

También otra entrevistada expresó que el retorno a la presencialidad

«se fue dando sobre la marcha más allá de lo que establecía el ministerio de salud pública» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Por lo tanto se observa que el grado de adhesión a estas resoluciones fue variable según el ECSM, dependiendo de las particularidades y posibilidades de cada uno.

La pandemia como efecto totalizador de la vida

«Yo creo que la pandemia vino a ser como una dictadura en el sentido de que bueno las órdenes y el mundo cambia, y bueno y te acoplás o resistís» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Esta afirmación realizada por una de las entrevistadas, ilustra sobre una de las implicancias identificadas que tuvieron las estrategias mencionadas anteriormente: el efecto totalizador de la pandemia. La priorización del «combate» a la pandemia por sobre otras dimensiones de la salud, el desconocimiento de otras problemáticas urgentes, la escasa posibilidad de cuestionamiento a las medidas tomadas por las autoridades y la adopción de políticas y medidas globales son algunas de las manifestaciones de este fenómeno.

Todas las entrevistadas hacen referencia a la preocupación por las personas usuarias durante los períodos de no presencialidad, dada la ausencia o dificultad para contactarse. Al respecto, otra de las entrevistadas expresó:

«Gente que sabíamos que no tenía para comer [...] y, a veces, ¡no podíamos tener contacto con esa gente! Porque también por un tema económico, esa gente el teléfono que tenía no lo tenía más, no podíamos comunicarnos, no podíamos ir porque no nos dejaban» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Luego mencionó que el ECSM trabajó en conjunto con las escuelas para repartir viandas a los hogares como una alternativa para contribuir al bienestar de la población en momentos en los que sus posibilidades de trabajo se vieron reducidas. Esta alternativa resulta una forma de intervenir en esas otras problemáticas que quedaron invisibilizadas a nivel público, al generalizarse el sentimiento de que lo único que sucede es la pandemia.

No solamente el efecto totalizador se vio en la priorización del combate a la pandemia, sino en el hecho de que las estrategias tomadas para prevenir los contagios tuvieron

consecuencias negativas en otros ámbitos de la vida. Por ejemplo, al ser consultada por los posibles efectos de la suspensión de los grupos, una de las entrevistadas expresó que los usuarios

«quedan aislados en una dinámica familiar y que muchas veces sabemos que estos espacios más saludables y de prevención son como bien oportunos». Agregó que «la gente sí desesperada y el taller y el taller porque es todo un espacio que se sintió muchísimo, viste, porque es muy de sociabilización, de crear redes» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

En este sentido, otra de las entrevistadas habla de un

«daño a la trama social y a un montón de procesos también individuales», y agrega que «hay riesgos de muchísimas cosas todo el tiempo que no son solamente el COVID-19» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

En definitiva, el efecto totalizador de la pandemia no es otra cosa que la expresión de una profundización de los abordajes biologicistas y, con ellos, la medicalización de la vida. Todas las medidas tomadas y estrategias implementadas son en función de la reducción de contagios de COVID-19, reduciendo el concepto de salud a su dimensión biológica. Está claro que estas dinámicas no dependen de las acciones tomadas por los ECSM, los cuales tuvieron un pequeño margen de acción entre las resoluciones adoptadas por las autoridades y las consecuencias que estas tuvieron sobre la población. Al respecto, una entrevistada menciona que

(los usuarios) «ellos mismos por sus miedos no venían» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Mengue (2022, p. 139) hace un análisis de la pandemia a la luz de los conceptos de «biopoder» y «control digital», de Foucault y Deleuze, respectivamente, en el cual expresa que «la potencialidad de la enfermedad se convierte en la realidad y ordena las medidas de vigilancia y de precaución, reforzando así el poder de control, que se expande y fortalece en las sociedades contemporáneas».

Desde este punto de vista el potencial contagio se prioriza por sobre las consecuencias que pueden tener las medidas de aislamiento, encontrando en la pandemia el medio para legitimar las estrategias de control epidemiológicas, y con ellas la vigorización del poder médico. En este sentido, Mengue (2022, p. 137) agrega que no se trata de cuestionar la legitimidad de la ciencia epidemiológica, sino de visibilizar el «poder-saber, ese bloque de prácticas y saberes propios del poder de control ya instalado antes de la crisis sanitaria y que se apoya en ese conocimiento y lo utiliza para sus propios fines».

Profundización de la mirada y abordaje biologicista

El efecto totalizador de la pandemia y la profundización del modelo biológico son dos caras de la misma problemática. Lo que se esconde detrás del sentimiento de parálisis vivido en todas las instituciones, pero puntualmente en la salud, es el renovado protagonismo que adquirieron la mirada y abordaje biologicista. Este protagonismo apareció a lo largo de todas las entrevistas, adquiriendo relevancia lo planteado en una de ellas:

«[...] la parte psiquiátrica, que es la parte clínica que es la parte fundamental lo de la medicación, los pacientes sin medicación no se quedaron. Pero... todo lo demás, se desdibujó, se deshilachó, al no poder hacer grupos [...]» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

¿Según qué criterio se puede afirmar que lo fundamental es el tratamiento psiquiátrico?

¿Esto es una realidad que se puede generalizar a todos los usuarios de salud mental?

La repetición de medicación fue mencionada en casi todos los casos como la única intervención que nunca se suspendió. Así lo expresó otra de las entrevistadas:

«[...] los que sí trabajaron en forma permanente bajo sistema de guardia de 8 a 12 de lunes a viernes fueron los psiquiatras haciendo repetición de medicación» (entrevista a referente del primer nivel de atención, junio del 2022)

En la misma línea, otra entrevistada mencionó que

«los pacientes más graves nunca se dejaron de lado, esos pacientes siempre tuvieron medicación y siempre tuvieron atención. Capaz que no atención directa, pero sí tuvieron repetición de medicación» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

¿A qué noción de Salud Mental y a qué modelo de atención responde la priorización de la medicación? ¿Qué calidad puede tener un tratamiento, si se centra en la interacción del sujeto con un fármaco?

Otra manifestación de la imposición del abordaje médico es el uso de los espacios. En dos de las policlínicas cuyos ECSM se entrevistaron, se ocuparon algunos consultorios del ECSM para realizar hisopados. Como consecuencia, las horas de atención de los ECSM se redujeron. En uno de los casos, implicó también perder el espacio donde se realizaban las reuniones de equipo. En palabras de la referente de este equipo, esto generó

«que a veces estamos actuando sobre golpe de la urgencia» (entrevista a referente del primer nivel de atención, mayo del 2022),

reduciendo así los espacios y tiempos donde problematizar los abordajes y estrategias que se toman.

No se trata aquí de deslegitimar la oportunidad del uso de psicofármacos; es sabido que en este tipo de tratamientos la periodicidad es fundamental para el éxito de la intervención. Sino que la consideración está en problematizar la naturalización de la idea de que en la salud mental los tratamientos con psicofármacos son «lo fundamental», llevando a la suspensión o pérdida considerable de la calidad de otro tipo de abordajes como son la consulta psicológica, el trabajo grupal, y las intervenciones desde lo social. En este sentido, una entrevistada expresó que:

«[...]lo que sí creo que pasó en todo el mundo es que la mirada por la cuestión tan peligrosa del virus fue como..., como el repliegue fue a lo sanitario, o sea, a la mirada biologicista y sanitarista [...]». «Yo creo que acá en la pandemia se vio clarísimo el cuidado de la vida biológica, o sea, la biográfica maneja. O sea, usá tus recursos, fijate, pero acá tenemos como Estado que proteger; eso es Foucault, biopolítica, tenemos que proteger las vidas en sentido biológico». (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Esta conceptualización de vida biológica y vida biográfica es tomada de Didier Fassin (2022). En su libro *¿Cuánto vale una vida?*, el autor sostiene que:

«[...] por un lado, está la vida que transcurre con un comienzo y un fin, como para cualquier ser vivo, y, por otro lado, la vida que forma la singularidad humana porque se compone de hechos narrables. Podríamos hablar entonces de vida biológica y de vida biográfica». (Fassin, 2022, p.50).

Esta distinción entre vida biológica y vida biográfica recuerda la conceptualización de los modelos de atención en salud mental, encontrando el paradigma objetivo-natural y socio-histórico, respectivamente. Entiendo que el paradigma objetivo-natural se centra en lo que Fassin (2022) denomina «vida biológica», mientras que el socio-histórico pone énfasis en la «vida biográfica». Siguiendo este último, subjetividad y biología no son dos dimensiones irreconciliables, sino que nuclea distintos elementos que están en constante interacción, modificándose mutuamente. Fassin (2022) hace sentido con este paradigma, expresando que lo biográfico de la vida deja marcas en lo biológico, y que la precariedad de la primera provoca alteraciones en la segunda.

El autor propone el concepto de «biolegitimidad» para nombrar a la primacía de la vida biológica que se dio durante la emergencia sanitaria, el cual complementa el concepto de biopoder. Expresa que «esta biolegitimidad alcanzó su apogeo con la pandemia de covid, ya que para proteger la vida biológica se suspendieron provisoriamente libertades y derechos

en todos los rincones del mundo» (Fassin, 2022, p. 82). Si bien en nuestro país no hubo medidas como el confinamiento obligatorio, entiendo que los espacios ganados dentro del campo de la salud mental que representan espacios de socialización y de abordajes que tienden a lo comunitario, también son derechos que se vieron suspendidos.

Para finalizar este apartado, cabe hacer una distinción entre las personas concretas que trabajan en el campo de la salud mental y los modelos mencionados anteriormente. En el accionar de cada equipo y de cada integrante de forma particular, coexisten elementos de distintos modelos de la misma forma que estos modelos luchan en la agenda pública. Quiere decir, por un lado, que cuando se menciona la primacía del modelo biologicista no se hace referencia a ninguna persona o equipo en particular. Por otro lado, también significa que cada persona y cada equipo tiene margen, aunque sea pequeño, para introducir elementos que no pertenezcan al modelo hegemónico.

6. Las almas repudian todo encierro: modalidades alternativas de atención en Salud Mental

Luego de analizar las implicancias que las estrategias tomadas para la atención el Salud Mental tuvieron en el primer nivel de atención de ASSE, cabe detenerse en otros actores que también integran este campo. Las policlínicas que integran la RAP constituyen la parte formal, institucionalizada del primer nivel de atención. Sin embargo, existen dentro del primer nivel otro tipo de espacios que se constituyen como alternativos a las lógicas asilares y biologicistas. Fueron entrevistados para esta monografía integrantes de dos de ellos: la Radio Vilardevoz y la Organización de Usuarios de la Salud del Oeste. En este apartado haré una breve descripción de su funcionamiento y de cómo fue su accionar durante este período, que en gran medida escapa al efecto totalizador de la pandemia y la profundización del abordaje biologicista, por la misma naturaleza de estos colectivos.

Organización de Usuarios de la Salud del Oeste

La Organización de Usuarios de la Salud del Oeste nació del accionar de la comisión de salud del concejo vecinal perteneciente al Centro Comunal Zonal 17, a partir de la iniciativa de realizar un diagnóstico participativo en los barrios de ese territorio. De esta iniciativa surgen 6 líneas de trabajo en el año 2006 que están pendientes de actualización. En palabras del entrevistado, el objetivo de la organización es «poner al usuario como sujeto de derechos. Sacarlo de ser objeto de intervención».

Integra la Mesa Local de Salud Mental, entendida como un

«espacio de gobernanza [...], un espacio donde se articule y se defina las líneas de acción para lo que se hace en el oeste». (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Desde este ámbito han impulsado la creación de distintos dispositivos de atención en conjunto con organismos públicos (ASSE, ministerios, Secundaria, entre otros). También trabajan con Movimiento para las Autonomías, dispositivo comunitario que el entrevistado define como

«el modelo a seguir para poder dar el paso al nuevo paradigma de Salud Mental que marca la ley» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Asimismo, la Mesa integra la Comisión Asesora creada con la Ley de Salud Mental. Allí se presentó un proyecto para formalizar el Movimiento para las Autonomías, así como un proyecto para crear un dispositivo de adolescencias y una residencia compartida en el Cerro. Esta es una alternativa a las casas de medio camino y de larga estadía que están planteadas, que para el entrevistado tienen un enfoque muy sanitarista.

Sobre el dispositivo de trabajo con adolescentes, el entrevistado afirma que:

«Es muy rupturista, ¿no? O sea, estamos planteando que la atención a la adolescencia sea a través de espacios de la palabra, [...] donde los adolescentes digan qué es lo que quieren, que allí se vean de pronto dificultades singulares y que esas dificultades singulares sean atendidas en espacios interdisciplinarios y que deriven a esos muchachos a plataformas de experiencias diferentes». (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Durante la emergencia sanitaria se prohibieron las actividades sociales en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI), donde funcionan varios de los dispositivos. Esto obligó a generar otras respuestas, entre las cuales el entrevistado destaca un dispositivo virtual por medio de Whatsapp. Por esta vía afirma que

«pudimos sostener la grupalidad y pudimos ver que le hacía bien a la gente». (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Otra iniciativa mencionada fue un proyecto de huertas en hogares, en la que se repartieron distintos insumos en más de 60 hogares. Esta es una alternativa a la huerta comunitaria que funciona en el PTI en el marco de Movimiento para las Autonomías.

Radio Vilardevoz

La Radio Vilardevoz surge en 1997 como un colectivo autogestionado, con el objetivo de priorizar la voz de los usuarios a la hora de diseñar e implementar las políticas de atención en salud mental. La primera iniciativa desarrollada es un programa de radio abierta que se mantiene hasta el día de hoy, pero actualmente cuentan con otros espacios artísticos, como talleres de digitalización y espacios de toma de decisiones. Hasta la emergencia sanitaria funcionó en el Hospital Vilardebó, teniendo como objetivo transformarlo en

«un centro de referencia y no solamente un centro de atención, y bueno y revisar ahí como algunas lógicas de trabajo», como puede ser la toma de decisiones. (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

Al declararse la emergencia sanitaria, como colectivo se enfrentaron a dos decisiones: si seguir adelante y dónde hacerlo. Tomaron la decisión de seguir adelante y de forma presencial, la entrevistada expresa que

«las propias personas que participan en Vilardevoz, les parecía una locura no seguirse reuniendo» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022),

no solamente por lo fundamental del espacio en sus vidas, sino porque entendieron el momento como una oportunidad para poner otra voz al aire, constituyendo un medio alternativo de información. De parte de los/as técnicos/as que trabajan en Vilardevoz, la entrevistada expresa que la decisión de seguir adelante también responde al entendimiento de que este espacio constituye la única referencia social para sus participantes. Expresa que trabajan con personas cuya situación se ubica

«en el entrecruce locura y pobreza o sea, la mayoría están en calle, la mayoría no tenían centros de referencia o no tenían celular [...] la única referencia que teníamos era poder encontrarnos» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Al decidir seguir adelante tuvieron que encontrar otro espacio para continuar, ya que el Vilardebó había cerrado sus puertas. Pasaron por distintos locales pertenecientes a organizaciones sociales con las que tienen vínculo, incluyendo la Facultad de Psicología. Finalmente, consiguieron un local propio en el que funcionan hasta el día de hoy. Este local funciona de lunes a sábado de 9 a 18 horas, lo que permite tener un lugar de referencia durante el día. Este espacio también es entendido como uno «amigable con la locura», un lugar que no sea un espacio de disciplinamiento y normalización, sino la inversa:

«son vidas más allá de su diagnóstico que tienen que poder tener espacio y un proyecto, que tienen una forma de ser y de estar en el mundo diferente que tiene que tener cabida» (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022).

Hacia un nuevo paradigma

Estos son solamente dos ejemplos de modalidades alternativas a las lógicas asilares mediante la organización colectiva, habiendo otros también exitosos. El objetivo de recuperar estas experiencias en este capítulo es ejemplificar el contraste de modelos con respecto a los dispositivos «formales» de ASSE, cuestión que quedó evidente durante la emergencia sanitaria. Si bien dentro de ASSE y de los ECSM hay personas con diversidad de modelos y conceptos sobre la salud mental, en líneas generales, durante este período quedó a la luz la predominancia del modelo biologicista. También se puede decir que por

más que haya integrantes de los ECSM que defiendan un abordaje más comunitario, la lógica organizacional de la salud pública llevó a que la gestión de la pandemia tendiera más hacia lo biológico.

Es interesante destacar en este punto cómo el cambio de modelo sobre la salud mental también puede implicar transformaciones en la formas de organización. La autogestión, la horizontalidad técnico-usuario, son características fundamentales de los colectivos mencionados. El desplazamiento del usuario desde el lugar de objeto de estudio hacia el lugar de sujeto genera distintos movimientos que alteran las formas típicas de organización, que en definitiva constituyen lógicas de poder.

Ambos entrevistados expresan la intención de que la experiencia de los dispositivos alternativos se formalice y replique en otros territorios. En palabras de la entrevistada:

«para nosotros es muy importante que esas lógicas las podamos transformar en modelos de trabajo». (entrevista a referente del primer nivel de atención, julio del 2022)

En este sentido se puede ver nuevamente la fuerza instituyente que constituyen los colectivos autogestionados, organizaciones de usuarios y otros agentes del campo de la salud mental. Teniendo en cuenta entre otros movimientos lo expresado por el entrevistado sobre la integración de técnicos/as de ASSE en los dispositivos de Movimiento por las Autonomías y la integración, y tanto de la Organización como de Vilardevoz en la comisión creada por la Ley de Salud Mental, se puede afirmar que hay indicios de un crecimiento de esta mirada alternativa hacia la salud mental. Si bien queda muchísimo camino por recorrer, estos claros avances señalan por dónde recorrerlo.

7. Consideraciones finales

En el período marcado por la emergencia sanitaria el sentimiento de urgencia fue generalizado en todos los sectores de actividad, con énfasis en el sector de la salud. Quedó evidenciado en las entrevistas realizadas que fue un momento más de hacer que de reflexionar sobre lo hecho, en el que a grandes rasgos se seguían las líneas tomadas por las autoridades, excluyendo algunas excepciones. El sentimiento de urgencia, manifestación del efecto totalizador analizado previamente, lleva a realizar jerarquizaciones a veces incluso sin darse cuenta. Las preguntas sobre qué se prioriza y qué se posterga son fundamentales para analizar el período y esta monografía se propuso aproximarse a una respuesta.

Según lo expuesto por las entrevistadas, el accionar de los ECSM en este período estuvo en constante tensión entre las particularidades de cada equipo (y cada profesional dentro del equipo) y las disposiciones de las autoridades, a la vez que estaban atravesados por las dinámicas de la población atendida en cada territorio en particular. Analizando las principales estrategias se encuentra que durante este período se profundizó la mirada y el abordaje biologicista de la salud mental, materializada principalmente por la priorización de los tratamientos farmacológicos y la postergación de los abordajes psicoterapéuticos y grupales. Se vio que en algunos casos los ECSM impulsaron un retorno de estos abordajes en el entendimiento de que son fundamentales para la salud de los usuarios. Asimismo, se registró que las disposiciones de las autoridades también limitaron el accionar de los dispositivos alternativos, si bien estos tuvieron otras posibilidades de readecuación por su naturaleza organizativa.

A la luz de los hallazgos mencionados, y de la conceptualización previa sobre la salud mental y la historicidad de su atención en el Uruguay, cabe considerar al menos dos puntos. En primer lugar, este período truncó aún más la reforma de la salud mental pendiente desde la promulgación de la nueva ley. Los pequeños pasos tomados no son lo suficientemente importantes como para llegar al objetivo de desmanicomialización propuesto para el año 2025; aunque se puede cuestionar lo ambicioso del plazo propuesto. Tampoco el gobierno actual manifiesta voluntad de llegar a ese plazo, como fue mencionado anteriormente. Por otro lado, es importante recuperar lo expresado por el integrante de la OUSE sobre las propuestas de crear nuevos espacios realizadas en el marco de la Comisión Asesora creada por la Ley de Salud Mental. Estas propuestas, que están en marcha fruto del trabajo interdisciplinario e interinstitucional, muestran que hay camino acumulado y camino por recorrer. En el campo en disputa que es la salud mental, es fundamental la agencia de los

colectivos autogestionados, organizaciones de usuarios y sociedad civil en general para materializar la reforma de la salud mental.

En segundo lugar, y para finalizar esta monografía, es relevante considerar la implicancia del Trabajo Social en este campo. En la disputa del «poder decir» sobre la salud mental, esta profesión tiene la responsabilidad de construir, junto con los actores mencionados, una fuerza instituyente que impulse y demande la reforma de la salud mental; responsabilidad que parte de un posicionamiento ético-político. Está claro que esta reforma es necesaria para garantizar los derechos humanos, y que estos han sido vulnerados (y en algunos casos continúan siendo) en el marco de un modelo que es asilar, hospitalocéntrico y estigmatizante. Como profesión que trabaja con el tejido social y la vida cotidiana de las personas, tiene mucho que decir sobre la subjetividad y cómo ésta se construye en un constante movimiento entre lo particular de cada persona y las grandes estructuras sociales, políticas y económicas.

Es urgente trabajar por la creación de espacios donde no haya subjetividades marginalizadas, donde todas las personas puedan transitar el dolor y el placer desde la construcción de un proyecto de vida. En definitiva, «construir un mundo donde quepan todos los mundos» (Rebellato, 2000, p. 74).

Referencias bibliográficas

- Álvarez, C., Sosa, A., Vacarezza, M., y Vignolo, J. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986.
- Cocco, A. M., De León, B., Frontera, G., Gopar, M., Romano, S., Novoa, G., y Ureta, C. (2007). El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Revista psiquiátrica del Uruguay*, 71(2). Recuperado de <http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/index.htm>
- De León, N., y Techera, A. (2017). Reformas de atención en Salud Mental de Uruguay y la Región. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 55-72). Editorial Psicolibros Universitario.
- Díaz, A., y Ramírez, R. (2017). Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 211 – 226). Editorial Psicolibros Universitario.
- Fassin, D. (2022). *¿Cuánto vale una vida? O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual*. CABA: Siglo XXI Editores.
- Ferre, Z., Gerstenbluth, M., González, C., Noboa, C., y Triunfo, P. (2021). Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 37(3). Recuperado de <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/742>
- Fernández Castrillo, B. (2015). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. Montevideo: Ediciones Universitarias.

- Fernández, R. P. (2017). ¿Enfermedad o sufrimiento psíquico?. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 211-226). Editorial Psicolibros Universitario.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Madrid: Tusquets editores.
- Galende, E. (2015). *El conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gutiérrez, F. (2022). Salud mental: según especialista, lo único que se está haciendo es “reforzar lo hospitalario” cuando la ley plantea que sea “el último recurso.” *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2022/8/salud-mental-segun-especialista-lo-unico-que-se-esta-haciendo-es-reforzar-lo-hospitalario-cuando-la-ley-plantea-que-sea-el-ultimo-recurso/>
- Grippi, F. (2019). *Entre el ser y el deber ser: discursos en torno al debate por el proyecto de Ley de Salud Mental (2015-2017)*. (Tesis de grado, Universidad de la República, Montevideo).
- Mengue, P. (2022). El biopoder en la era de la pandemia. *Revista Latinoamericana de Filosofía*, 48(2). Recuperado de <https://rlfcif.org.ar/index.php/RLF/article/view/324>
- Ministerio de Salud Uruguay. (1985). *Plan Nacional de Salud Mental de 1986*. Montevideo: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Uruguay. (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud Uruguay. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Montevideo: Ministerio de Salud.
- Nin, M., Regina, R., y Porciúncula, H. (2004). Implementación y desarrollo del programa de Salud Mental en el ámbito del MSP. En Garrido, G. (comp), *Equipos Comunitarios de Salud Mental – un modelo en movimiento* (pp. 11-22).
- Rebellato, J. L. (2000). *Ética de la liberación*. Montevideo: editorial Nordan-comunidad.
- Romano, S. (2018). *Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE, Diagnóstico de situación en Abril/2018*. ASSE.

- OMS. (6-12 de septiembre de 1978). *Declaración de Alma-Ata*. [Discurso principal]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, Kazajistán.
- Ortega, E., y Mitjavila, M. R (2005). El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica. *KATÁLYSIS*, 8(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179616343008>
- Schvarstein, L. (1992). *Psicología social de las organizaciones: nuevos aportes*. Buenos Aires: Paidós.
- Silva, C. (2020). *Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay: tensiones y acuerdos en el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental*. (Tesis de Doctorado, FLACSO, Buenos Aires).
- Silva, C. (2022). Condiciones de vida, políticas públicas y derechos humanos: transversalidades desde la perspectiva de salud mental colectiva. *Fronteras*, 18(1). Recuperado de <http://revistafronteras.cienciassociales.edu.uy/index.php/front/article/view/241/217>
- Stolkiner, A., y Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. En Maceira, D. (comp). *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146).
- Uruguay (2017). Ley N° 19.529 "Ley de Salud Mental". Parlamento Uruguayo.