



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

**La accesibilidad en la atención de la
Salud Mental
en la Salud Pública
del departamento de Treinta y Tres**

Carmen Soledad López Ramallo

Tutora: Celmira Bentura

Montevideo, Uruguay

2023

Agradecimientos

A mi familia y amigos quienes fueron mi apoyo fundamental durante todo mi proceso de formación.

Gracias a mis compañeras/os que se sumaron en este proceso, festejando cada uno de nuestros logros y animándonos para ir por más.

A Juan, mi compañero, quien se sumó en este camino pero que desde el inicio me has acompañado con amor en cada momento, motivándome a creer que siempre podría y celebrando cada uno de mis logros como si fueran propios.

A Juana, gracias por el enorme apoyo para poder finalizar este trabajo.

A mi madre, la persona a quien le tengo mis mayores agradecimientos, gracias por ser tan incondicional, por inspirarme a siempre ser mejor, por hacerme creer que todo lo que quisiera lo podría conseguir. Este trabajo te lo dedico a ti con todo el amor.

Gracias a Celmira, mi tutora, por guiarme en este trabajo durante estos meses, contribuyendo a poder realizar esta monografía.

A todos mis docentes que he conocido durante mi proceso académico, quienes me han compartido su conocimiento y me han dado la posibilidad de conocer y aprender la profesión del Trabajo Social.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| Presentación | 3 |
| Objetivos | 5 |
| Metodología | 5 |
| | |
| Capítulo 1. Salud Mental en Uruguay | |
| 1.1 Conceptualización de la Salud Mental e importancia en la salud integral | 8 |
| 1.2 Recorrido histórico de la atención de la Salud Mental en Uruguay | 11 |
| 1.3 Plan Nacional de Salud Mental 2020-2022 | 16 |
| 1.4 Situación actual de la Salud Mental en Uruguay | 20 |
| | |
| Capítulo 2. Salud Mental en la atención pública en Treinta y Tres | |
| 2.1 Conceptualización de la Accesibilidad en la Salud | 24 |
| 2.2 La atención de la Salud Mental en la Salud Pública en Treinta y Tres | 26 |
| | |
| Capítulo 3. El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental | |
| 3.1 El Trabajo Social en la Salud Mental | 33 |
| | |
| Reflexiones finales | 37 |
| | |
| Referencias bibliográficas | 41 |
| Anexos | 46 |

Introducción

El presente documento se constituye en la Monografía Final de Grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR.

El tema de estudio seleccionado se focaliza en la accesibilidad de la atención de la Salud Mental en la Salud Pública del departamento de Treinta y Tres. En los últimos años, la Salud Mental en el Uruguay ha atravesado grandes transformaciones tanto en su conceptualización, estigmatizaciones, modelos de atención como en su normatividad; esto ha conllevado a una reciente transición desde un modelo de enfermedad mental y rehabilitación hacia un modelo social y comunitario en donde las intervenciones se basan en un enfoque de derechos.

Actualmente, la importancia en la atención de la Salud Mental radica en que es entendida como una parte fundamental de la salud integral de cada persona, la cual se vincula en forma estrecha con las condiciones de vida y en el desarrollo de la cotidianidad del sujeto de derecho; es por esto que "(...) el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabaja en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud" (Garcés, 2010, p.337).

En Uruguay, la reciente Ley N° 19.529 de Salud Mental aprobada en el año 2017 y el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027, colocan una orientación en garantizar el derecho a la salud entendiendo la integralidad que esta implica, en donde la Salud Mental es inseparable a la salud en su sentido general y exponiendo que como tal es un bien público que ha de ser sostenida por toda la comunidad y garantizada por el Estado, debido a que es indisociable de la inclusión social y de la justicia y ajeno a todo estigma o discriminación (MSP, 2020).

Sin embargo, históricamente tanto en Uruguay como en el resto del mundo, la Salud Mental tanto su prevención, promoción como atención cuando ya es considerado como enfermedad, no se ha intervenido ni significado con la misma importancia a comparación de los problemas de salud de expresión somática o física.

Es así que, buscando y focalizando en un análisis en relación a la accesibilidad de la atención en Salud Mental, el presente documento inicia con la exposición del tema central, planteando a su vez el motivo por el cuál este ha sido seleccionado para una problematización y análisis crítico; a su vez, se formulan los objetivos generales y

específicos de esta monografía, los cuáles se centralizan en conocer cuán accesible es la atención en la Salud Mental en el departamento de Treinta y Tres.

Por otra parte, en este trabajo se entiende necesario reflexionar en torno a las formas de intervención y abordajes que el Trabajo Social realiza en el campo de la Salud Mental, introduciendo una mirada de atención comunitaria y social al considerar que su accesibilidad, promoción y prevención como un cuidado del derecho de los sujetos, en donde el acompañamiento, la escucha y el contexto contribuye a una mirada en que la enfermedad no sea la base para una intervención, porqué:

“Quizá de esto se trate: repensar la APS en relación con las intervenciones comunitarias, implica estar en momentos donde no todo es enfermedad todavía, estar en lugares que uno no imaginaría.” (Estebanez, Cristófol, Grittini Yí citado en Ferreira; 2009, p.1)

Seguidamente, se explica la metodología seleccionada para esta monografía de carácter cualitativo, el cual se basa especialmente en las técnicas de investigación de análisis de documentos y de realización de entrevistas semiestructuradas que otorgan datos e información que contribuyen a la problematización del tema social.

De esta manera, la monografía se divide en tres grandes capítulos los cuales dan lugar al desarrollo, análisis y problematización de cada uno de los objetivos comentados en líneas recientes. En el primer capítulo, “Salud Mental en Uruguay”, se pretende dar cuenta de los cambios recientes y la actual perspectiva de la Salud Mental en el área de la atención de la salud y como ha sido su proceso de avance que han acompañado las transformaciones de la sociedad y la cultura actual; de esta manera, se desarrolla a lo largo de esta primera sección la conceptualización de la Salud Mental y un breve recorrido histórico sobre las diversas conceptualizaciones, abordajes y modificaciones que se han presentado respecto al tema en nuestro país, referenciando a su vez a la Ley N° 19.529 de Salud Mental y el Modelo Social Comunitario. Asimismo, se focaliza en el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 y en la situación actual de la Salud Mental en Uruguay.

El segundo capítulo, “Salud Mental en la atención pública en Treinta y Tres”, apunta a la presentación de los datos e información pública obtenida de diversos documentos y entrevistas que permiten el análisis y la problematización de la accesibilidad en la atención en la Salud Mental en la salud pública del departamento de Treinta y Tres; entendiendo pertinente profundizar en las posibles barreras y/u obstáculos del sistema de salud y de nuestra cultura social que puedan contribuir como un limitación para los y las usuarias al momento de acceder a una atención en el área de la salud mental.

En tercer y último capítulo, “El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental”, se centra en analizar y dar cuenta de la importancia que tiene la profesión en la Salud Mental; para ello, se desarrolla el abordaje del Trabajo Social dentro de la Salud Mental, lo que permite comprender el rol que el Trabajo Social realiza al momento de intervenir en los procesos de abordaje de un sujeto en el área de la Salud Mental desde un modelo social.

Para finalizar, se expondrán reflexiones en torno a los objetivos planteados y la problematización realizada a lo largo de la monografía, buscando la incentivación al lector de seguir reflexionando respecto a la accesibilidad de la Salud Mental en el departamento de Treinta y Tres y la importancia que el Trabajo Social tiene en el cuidado de esta área así.

Presentación

El presente documento se focaliza en realizar una problematización y análisis crítico respecto a la accesibilidad de la atención en la Salud Mental (SM) en la salud pública del departamento de Treinta y Tres; incorporando a su vez, la relevancia que el Trabajo Social en su práctica profesional tiene en esta área tanto en la intervención ante una enfermedad como en la garantía de los derechos de cada sujeto.

La importancia y por tanto también la motivación a abordar este tema, es porqué a partir de las últimas décadas con la aprobación de la Ley de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (PNSM) se ha observado grandes avances en la atención de la SM así como el desarrollo de diversos proyectos, prestaciones y planes vinculados al tema, como la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio.

No obstante, a pesar de ello Uruguay sigue siendo el país con la mayor tasa de suicidios a nivel mundial, cifra que viene en aumento desde el 2017, rompiendo record de la tasa de suicidios en el 2022 en donde los datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) expresan un número de 23,08 suicidios cada 100 mil habitantes, dato mayor que la obtenida durante la crisis económica del 2002 (El Observador, 2023). Además, es necesario destacar que el departamento de Treinta y Tres durante el 2021 contó con la mayor tasa de mortalidad por suicidio según departamento, un 53,5 tasa cada 100 mil habitante, siguiéndole Rocha con 41,7 (MSP, 2021).

Por lo tanto, estas cifras en crecimiento reflejan que pese a Ley N°19.529 SM y el PLSM 2020-2027 las políticas de promoción, prevención y los modelos predominantes de

atención son pocos eficaces y no revierten la situación en tendencia; por lo cuál es necesario analizar y problematizar qué sucede para que el cuidado de la SM, algo tan fundamental para cada persona y el desarrollo de su cotidianeidad, se encuentre en declive cada año.

Es así que, el propio PLSM 2020-2027 expone que aún se reflejan las dificultades que en el sistema de salud cuenta para planificar e implementar políticas integrales de salud mental, siendo necesaria la incorporación de acciones centralizadas en la prevención y promoción. Sin embargo, esta situación conlleva determinados obstáculos para el cuidado y la accesibilidad de la atención de la SM que serán abordados y analizados a lo largo del documento, destacando la centralización de los recursos tanto humanos como económicos en la capital conllevando a una gestión de los servicios y distribución inequitativa en función de las necesidades para el resto del país.

De esta manera, la problemática en las barreras presentes para la accesibilidad de la atención de la SM en la Salud Pública del departamento de Treinta y Tres, genera un debate sumamente fundamental a realizar porque la SM entendida como parte de la salud integral de las personas que afecta directamente en el desarrollo de las cotidianidades, los contextos de vida, impactando a su vez al “desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural” (Garcés, 2010, p.337), requiere de darle el verdadero significado y relevancia que esta problemática social merece tener dentro de nuestra sociedad; siendo esto una de las motivaciones fundamentales de esta monografía.

Finalizando el documento, es esencial generar un análisis respecto a la importancia que el Trabajo Social tiene en la intervención, cuidado y acompañamiento de la SM. Como profesión ha dado lugar a una perspectiva que evidencia el necesario cuidado desde antes de la existencia de una enfermedad, destacando así el modelo comunitario que centraliza la importancia de los equipos interdisciplinarios, la singularidad y el querer de cada sujeto, en donde el contexto, la historia de las personas y la complejidad de cada demanda son vistas desde una mirada social establece el todo de un sujeto.

Objetivos

En base a lo desarrollado en líneas recientes, los objetivos que guían la monografía serán los siguientes:

Objetivo general:

- Analizar las barreras presentes para la accesibilidad en la atención de la Salud Mental de las personas en la Salud Pública del departamento de Treinta y Tres, en los años 2022 y 2023.

Objetivos específicos:

- Explorar las conceptualizaciones y los modelos de abordaje históricos y actuales de la Salud Mental en el Uruguay desde el s.XVI hasta el s.XXI.
- Problematizar las principales deficiencias de la organización de la Salud Pública y sus modelos de atención de la Salud Mental que afectan a la accesibilidad en la atención y en los procesos de tratamiento de las personas usuarias de ASSE, durante el 2022 y 2023 en el departamento de Treinta y Tres.
- Indagar en la importancia del rol del Trabajo Social para la accesibilidad en la atención en la Salud Mental, así como también en la continuidad de la atención y el cuidado del/la usuario/a.

Metodología

Esta monografía se basa en una metodología cualitativa, la cuál se refiere a una investigación “multimetódica, naturalista e interpretativa” (Denzin y Lincoln, 1994, p.2); es decir, se focaliza en situaciones naturales, buscando dar sentido e interpretación a los fenómenos desde la significación que las personas le asignan.

Este método cualitativo, “(...) refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1984, p.20).

Los estudios cualitativos se destacan por su flexibilidad en su diseño, esto quiere decir que a lo largo del proceso de investigación lo pautado inicialmente puede ser modificado o variado, no se establece una única manera o modelo para llevar a cabo una

investigación, en esta se pueden utilizar más de un método u optar por cambiar luego de iniciado el proceso, cada diseño cualitativo se modifica o varía según las necesidades, el enfoque y los problemas a que el investigador se enfrenta. Por lo tanto, “el diseño no se estampa mediante un molde o modelo que sirvió una vez, sino que se moldea cada vez a partir de los criterios maestros generadores de respuestas” (Valles, 1999, p.79).

Dentro del método cualitativo, para este trabajo se ha optado principalmente por un estudio de análisis documental, el cuál se entiende como procedimiento científico el cuál se basa en la búsqueda, selección, organización, análisis e interpretación de un conjunto de documentos y materiales escritos que otorgan información o datos que contribuyen al estudio sobre un tema.

Para Quintana (2006), el análisis documental se basa sobre cinco acciones, la primera se enfoca en rastrear los documentos existentes y clasificarlos según su identificación; segundo, seleccionar aquellos materiales que contribuyan a los objetivos del estudio; le sigue la lectura documental de forma profunda del contenido para extraer aquellos elementos que contribuyen al análisis. Por último, se debe de leer en forma comparativa y cruzada de los documentos seleccionados con el fin de generar una síntesis comprensiva del tema, y por tanto de la realizada humana analizada.

El análisis de los documentos “constituyen una tercera fuente de evidencia” (Erlandson y Ruiz Olabuénaga e Ispizua citado en Valles, 1999, p.119), que en conjunto con los otros dos métodos de investigación, la entrevista y la observación, se colocan como los componentes imprescindibles de la metodología cualitativa; estos pueden ser implementados en conjunto o variar en la utilización de unos o dos de ellos, en donde los resultados obtenidos de cada uno se pueden utilizar de la misma forma. Para Valles (1999), los documentos pueden ser registros escritos o simbólicos, materiales y datos disponibles, los cuales pueden incluir relatos históricos o periodísticos, obras de arte, fotografías, etc.

Por lo tanto, para este estudio en análisis documental se coloca como el más apropiado para utilizar, ya que a partir de este se puede llevar a cabo una exploración respecto a la accesibilidad a la atención en la Salud Mental en la Salud Pública en el departamento de Treinta y Tres.

De esta manera, para alcanzar los objetivos establecidos en páginas anteriores, se ha realizado una búsqueda y recolección de informes, publicaciones centralizadas en la Salud Mental, datos publicados por ASSE, artículos de prensa, la Ley N°19.529 de SM, el PNSM, entre otros, para obtener los datos y la información suficiente que permita problematizar y analizar las posibles barreras existentes para la accesibilidad a una

atención en el área de la Salud Mental de los y la usuarias de ASSE en el departamento de Treinta y Tres, durante el 2022 y 2023.

Por otra parte, además de seleccionar el análisis documental como fuente principal para la obtención de información, contenido y datos, se adicionan entrevistas semiestructuradas para un alcance descriptivo con la técnica de muestreo de “bola de nieve”, con la pretensión de generar más información para respaldar este documento y contribuir así a una mayor comprensión, análisis y problematización respecto al tema, se llevan a cabo entrevistas semiestructuradas con el Director del Hospital de ASSE del Departamento de Treinta y Tres, la Ex Directora del Hospital de ASSE del Departamento de Treinta y Tres, y con la Psicóloga del Centro Auxiliares de Cerro Chato.

De esta manera, la investigación también poseerá un alcance descriptivo dado que se busca indagar en un fenómeno específico a través de relatos, lo cuales intentan describir las situaciones de un grupo humano reducido; es decir; que tiene como propósito recolectar conocimiento sobre el objeto de estudio entendiendo el porqué de la situación actual del problema social.

Como se menciona, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos de la monografía además del análisis documental las entrevistas semi estructuradas serán la otra técnica a utilizar para la recolección de datos e información. Cáceres (2000) entiende que “la entrevista es una interacción a partir de una conversación entre dos o más personas con un propósito deliberado y mutuamente aceptado por los participantes, a quienes se les denomina: entrevistador y entrevistado” (p. 34). Asimismo, es pertinente optar por la entrevista semi estructurada dado que permite alternar las preguntas y las formas de enunciación de la entrevista sin descuidar los temas centrales que están encuadrados dentro de los objetivos.

Capítulo 1. Salud Mental en Uruguay

Este capítulo se centra en posicionar la situación actual e histórica respecto a las conceptualizaciones y transformaciones de los abordajes en la Salud Mental (SM) que han transitado en nuestro país, con el fin de establecer la problemática actual de este campo en la salud pública en relación a las formas de abordaje y estigmatizaciones actuales. Asimismo, es primordial dar lugar a una comprensión y explicación de lo que ha conllevado el proceso de avance en la materia tanto en lo sociocultural como en lo normativo; en donde a su vez, determinadas perspectivas y formas de atención de la Salud Mental se han mantenido a pesar de los cambios de la sociedad y la cultura actual.

Por ello, primeramente es pertinente partir de una conceptualización actual de la Salud Mental y sus implicancias en la salud integral de todos los sujetos. Asimismo, se realiza un recorrido histórico enfatizando en los cambios y las diferentes formas de conceptualizar, abordar y entender la problemática de la Salud Mental que han acompañado las transformaciones socioculturales, las normatividad, los estigmas, las exclusiones, entre otras.

Por otra parte, en este capítulo se realiza un desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (PNSM) como documento que enfatiza en la nueva perspectiva del modelo de atención comunitario para el abordaje y comprensión de la atención y el cuidado de la SM.

Finalmente, se plantea y desarrolla la situación actual de la Salud Mental a nivel general del país, entendiéndose que Treinta y Tres no se encuentra exento de lo expuesto en próximas páginas.

1.1 Conceptualización de la Salud Mental e importancia en la salud integral

Beatriz Fernandez (2017) explica que el cuidado de los problemas mentales se ha centrado desde sus inicios formales en el sistema de salud en base a un diagnóstico de trastorno mental y de accionar psiquiátrico. Históricamente, el diseño de los cuidados y el entendimiento entorno a la SM se ha encontrado fundados sobre la medicalización de las personas, la culpabilización tanto individual como familiar de la enfermedad, la sobre-indicación de tratamientos basados en fármacos o electroconvulsoterapia, y especialmente la prolongación de internaciones injustificadas (p.129).

A pesar de la permanencia de muchos de estos modelos de intervención, el concepto de SM se ha transformado y avanzado a lo largo de las décadas en conjunto con los cambios de nuestras sociedades, hoy en día el concepto de SM coincide en gran parte con la perspectiva de Salud Colectiva o Comunitaria, referenciando a la construcción sociohistórica de que los fenómenos mentales están sujetos a las condiciones establecidas por el Estado y la comunidad de la que emergen.

De esta manera, actualmente se ha llegado a un acuerdo respecto a la conceptualización de la Salud Mental, siendo definida por la OMS (2022) como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, está en condiciones de afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Esta definición global, implica a la Salud Mental como el bienestar emocional, psicológico y social, teniendo incidencia directa en la manera que pensamos, sentimos y actuamos. Por tanto, la importancia del cuidado de la SM en la salud integral de cada persona radica en que “determina cómo nos relacionamos con los demás y con nosotros mismos, cómo tomamos decisiones, manejamos las situaciones difíciles de la vida, creamos una vida con proyectos y contribuimos con los demás” (INJU y UNICEF, 2022, p.5).

Asimismo, es necesario profundizar brevemente en algunas implicancias que la perspectiva comunitaria tiene sobre el campo de la SM. Una de ellas, es que la SM no es lo mismo que enfermedad mental y tampoco es algo individual de la persona sino que es un constructo complejo, intersectorial, interinstitucional y que debe ser visto desde la interdisciplinariedad e interprofesionalidad (Fernandez, 2017).

De esta forma, siguiendo a Fernandez (2012) el colocar a la SM como sinónimo de enfermedad mental presenta riesgos a las formas de conceptualizar y por tanto de percibir, categorizar y diagnosticar los problemas de SM, siendo determinado según el posicionamiento de quien interviene, afectando a la identificación y reconocimiento real del sufrimiento del sujeto, por lo que también limita englobar las verdaderas consecuencias o efectos.

Por lo tanto, Amico (2005) entiende que la complejidad en definir qué es la Salud Mental es debido a que su contenido es en gran parte valorativo, esto quiere decir que según las representaciones sociales y los paradigmas científicos que estructuran la cultura y el momento histórico, establecen las formas de evaluar los síntomas, los procesos afectivos, cognitivos y de comportamiento que indican si una persona se encuentra sana o enferma.

Esto implica que el hecho de que una persona se considere enferma o no, depende más allá de las alteraciones de la personalidad de la persona sino también de cuáles son las actitudes que la sociedad reproduce en relación a ese tipo de alteraciones. En base a esto, se comprende la significancia que los valores sociales tienen en la determinación de la definición de salud o de enfermedad mental, por lo cual el comportamiento puede ser encuadrado según el contexto socio histórico al que pertenece.

En pocas palabras, tanto la definición de salud como de enfermedad mental se reduce tanto por las expresiones de los problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento como también por las construcciones culturales, sociales e históricas determinadas; la carga valorativa es la que explica y da cuenta del por qué de las conceptualizaciones de lo que se considera normal y de lo que se entiende por patológica, variando así según el contexto, los enfoques teóricos y los criterios acordados para realizar los diagnósticos, así como también influyen las concepciones filosóficas, psicológicas y morales vigentes en ese momento, y los modelos médicos definidos para las intervenciones (Amico, 2005).

Por otra parte, generalmente las clasificaciones al igual que el diagnóstico de enfermedad cuentan con una visión monocausal de la enfermedad hacia el sanar, sin embargo, en esto no se tiene en cuenta los determinantes sociales o subjetivos en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en la SM, lo que recae en simplificaciones de conceptos tan complejos que conllevan a seguir las reproducciones de los estigmas y prejuicios sociales como la imprecisión en nociones tan importantes.

De esta manera, siguiendo estos lineamientos fundamentales el modelo comunitario/colectivo o también el modelo ecológico social, propone que el desarrollo óptimo y el bienestar necesita del reconocimiento de los factores de contexto que incluyen a las familias, las condiciones comunitarias, socioculturales, políticas, de acceso a servicios y de garantía de derechos (UNICEF, 2019).

Finalmente, es relevante mencionar que tanto la cobertura como el acceso a la atención de la Salud Mental, es un elemento que determina tanto los buenos como malos resultados respecto al bienestar psicoemocional y las posibilidades que las personas tienen para su desarrollo e inclusión social buscando el máximo potencial humano y las fortalezas pertenecientes de cada una de las etapas de la vida.

1.2 Recorrido histórico de la atención de la Salud Mental en Uruguay

La Salud Mental en su largo recorrido por la historia de la humanidad se ha visto impregnada por desigualdades e inequidades a raíz de los múltiples prejuicios, estigmatizaciones y de las diversas concepciones que se colocaron como obstáculos para la comprensión de esta problemática social.

Los procesos psicológicos vinculados con la salud o enfermedad mental se han desarrollado sobre múltiples cuestionamientos y transformaciones a lo largo del tiempo, siendo definidos de diversas formas al depender de cada modelo psicológico y médico (Amico, 2005). Es así que, por ejemplo en la perspectiva médica imperante en la Antigüedad Clásica hasta el s. XVI, la enfermedad mental era atribuida a los desórdenes mentales en base a los trastornos generados en el cerebro de las personas por los desequilibrios humorales.

Es en el siglo XX, que el avance respecto a la atención de la salud mental cuenta con grandes transformaciones basadas en la influencia del psicoanálisis, la mayor clasificación nosológica de las enfermedades mentales, el desarrollo de la neurología, la fisiología y la bioquímica, con el establecimiento de la psicofarmacología y el inicio de las concepciones psicológicas de la enfermedad mental.

Cada una de las transformaciones de las perspectivas y los modelos respecto a la enfermedad mental, traen consigo que las representaciones populares de esta conceptualización dependan y se estructuren según el desarrollo sociohistórico del que se refiera; Amico (2005) realiza mención a J.L. Álvaro para establecer cuatro fases:

“La primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social; la tercera la consideraría como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos” (1992, p.1-2).

Si se contempla el recorrido histórico del campo de la Salud Mental en Uruguay, se advierte que tanto la región como el país transita por esas cuatro fases. Para Cassarotti (2007), en nuestro país las instituciones basadas en el modelo hospitalario-asilar se establecen desde 1788 con la creación del Hospital de la Caridad, conocido desde 1911 como el Hospital Maciel; a este se le suma en 1860 el Asilo de Dementes y en 1880 ante la superpoblación de este, se crea el Manicomio Nacional que luego en 1910 pasa a ser renombrado como el Hospital Vilardebó.

Décadas más tarde, se crea la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Ecthepare en el departamento de San José durante 1912, para luego en 1936 adicionar en el mismo lugar la Colonia Dr. Santín Carlos Rossi, en donde actualmente reside CE.RE.M.O.S y el Centro de Rehabilitación Médica, Ocupacional y Sicosocial.

Si bien la evolución de la Salud Mental en nuestro país ha acompañado los cambios históricos-políticos tanto nacionales como internacionales desde 1800, la importancia en este campo, tanto en la salud mental como en los problemas de salud predominantemente mental, no han sido abordados como problema de salud pública de igual importancia que los problemas de salud de expresión somática (MSP, 2020). Por lo tanto, también se ha mantenido hasta la actualidad la reproducción de un modelo basado en la atención asilar, medicalización, hospitalocéntrico y focalizado en la atención de lo que se entiende como enfermedad, excluyendo una mirada integral que suponga un relacionamiento entre la salud mental, la salud general y el contexto; asimismo, es necesario recalcar que la atención de la enfermedad mental hasta hace pocos años se encontraba centrada en la capital del país.

Todo esto, se ve reflejado tanto en las instituciones que configuraban en aquel momento la atención de la Salud Mental como en sus inicios como política pública. En el campo normativo la Salud Mental comienza con dos leyes, la primera aprobada de 1936, establecida como la Ley N° 9.581 de Asistencia al Psicópata; la segunda, la Ley N° 11.139 de 1948 que deriva en la creación del Patronato del Psicópata. Ambas leyes se colocan como los primeros marcos normativos respecto al campo de la Salud Mental, quedando establecido las formas de atención y regulación basado en el modelo asilar.

Es necesario exponer que en 1978 la Organización Mundial de la Salud lleva a cabo la Declaración de Alma Ata en la cuál se expresa una necesidad en realizar reformas a los sistemas de salud, colocando a la Atención Primaria de Salud (APS) como la base para un nuevo sistema de atención, situando en sus principios el pleno derecho a la salud, equidad, justicia social, multisectorialidad y participación (OMS, 1978). Es con esto, que al modelo asilar se lo establece como incompatible de los principios rectores para la atención de cada persona, por lo cuál los Estados tienen la obligación de generar nuevos dispositivos de intervención, tratamiento y cuidado, basados en los derechos humanos de los usuarios del sistema de atención de salud mental.

No obstante, tanto en Uruguay como en la región, los procesos de reformas en el sistema de salud se vieron afectados por las dictaduras cívico-militares de la década del sesenta, retrasando las transformaciones necesarias hasta finales de la década (De León, 2022, p.59). Es con el retorno a las democracias que se da lugar a un nuevo contexto con el que se retoma el proceso de crítica y transformación del modelo de atención manicomial,

además de la búsqueda de la superación de este para desarrollar una perspectiva de atención de la salud mental en comunidad.

Un avance importante en nuestro país, es en 1986 con la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública impulsado por un amplio movimiento por parte de diversos sectores de la población organizada, destacando los grupos de familiares de personas con trastornos mentales, la UdelaR, sociedades científicas y gremiales (MSP, 2011, p.4). De este surgen ese mismo año el primer Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) y la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP).

Es a partir de este Plan que durante la década de los noventa, surgen las aperturas de Policlínicas, creación de centros de salud y equipos comunitarios de salud mental, tratamientos ambulatorios, funcionamiento de unidades de salud mental en hospitales generales, desarrollo de nuevos modelos de asistencia para personas con trastornos mentales severos y otros problemas de salud mental, asociaciones de familiares, etc; además, se comienzan las primeras experiencias de inserción comunitaria de personas institucionalizadas en diversidad de grado de avance en múltiples ámbitos como viviendas asistidas e inserción laboral (MSP, 2020). No obstante, estos cambios no influyeron en la situación de las Colonias.

Luego en el año 2005, se retoman las reformas en la atención de la salud mental iniciadas 20 años antes, reconociendo a su vez la deuda histórica con este campo, por lo que se convoca por primera vez a organizaciones sociales y académicas con el objetivo de generar una Ley de Salud Mental que reemplazará la Ley de Asistencia al Psicópata N°9851 (de León, 2022, p.61-62)

Es así que se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP, responsable de operativizar el Plan, conllevando a una actualización del Plan de Salud especialmente en materia derecho y atención comunitaria, que deriva en los Centros de Salud Comunitaria de atención en Salud Mental en coordinación con el primer nivel de atención de salud (APS).

A pesar del escenario general de transformaciones del modelo de salud respecto a la atención y gestión a la salud, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por la Ley N°18.211, no genera la suficiente fuerza para modificaciones en el modelo de atención a la Salud Mental. Previamente al año 2011, se implementan abordajes psicoterapéuticos de forma heterogénea en los servicios de salud, pero con el Decreto N°305/011 durante el 2011 estos abordajes se incorporan de forma obligatoria en el SNIS en los desarrollos de prestaciones en salud mental, reconociendo de esta manera a este campo como prioridad de la segunda etapa de la reforma de la Salud (MSP, 2020).

Igualmente en el 2011, el SNIS establece la incorporación de prestaciones obligatorias para la atención de la salud mental, ya que reconocida como derecho humano fundamental, esta debe de contar con accesibilidad universal a intervenciones psicosociales y de psicoterapia (MSP citado en Castiglia, 2022, p.10). Con esto, es la primera vez que tanto los prestadores públicos como privados quedan en la obligación de contemplar la atención en salud mental con intervenciones centralizadas en aliviar el sufrimiento psíquico más allá de solo la tradicional consulta con un psiquiatra.

El 2015 se retoma el proceso de debate y legislación en Salud Mental, a partir de la conmoción en la sociedad debido a nuevas muertes en condiciones dramáticas de personas internadas en la Colonia de Alienados Bernardo Etchepare. El Ministerio de Salud Pública, realiza la convocatoria que logra la participación de más de 30 organizaciones e instituciones sociales y académicas, entre otras, creándose en 2016 la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM), lo que deriva en alcanzar la integración del tema en la discusión política y la agenda de los medios de comunicación, resultando que en agosto del 2017 la aprobación de la Ley N°19.529 de Salud Mental.

La Ley N°19.529 de Salud Mental en Uruguay se aprueba en un contexto sanitario con la coexistencia de tres modelos de atención de salud mental (Romano citado en Castiglia, 2022, p.12). En primer lugar, el modelo asilar, se sustenta en las internaciones prolongadas con la exclusión también del sujeto del ámbito social. Por otra parte, el modelo hospitalocéntrico con el objetivo de la internación de situaciones agudas en los hospitales monovalentes, que se prolongan ante situaciones de vulnerabilidad social. Finalmente, el modelo de salud comunitario, él cual según Castiglia (2022), queda establecido en dicha ley como el modelo a desarrollar para el abordaje en salud mental.

De esta forma, queda como desafío incorporar la atención de todos los usuarios con una centralización en la igualdad de derechos y de accesibilidad a la atención integral en salud, buscando una plan de acción diferenciado para cada nivel estatal, sanitario, social y académico tal y como se desarrolla en el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (INDDHH citado en Castiglia, 2022).

Este avance en materia legislativa, cuenta con el objetivo de:

Garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (Uruguay, Poder Legislativo, 2017, art. 1)

Es así que la reforma en la atención en Salud Mental coloca un enfoque de atención integral de las personas, implementando los abordajes interdisciplinario e intersectorial buscando la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales (INJU y UNICEF, 2022, p.14).

En el artículo 2, la ley define a la Salud Mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Uruguay, Poder Legislativo, 2017). Pero también explica que es entendido como un proceso dinámico, que se encuentra determinado y por tanto construido según la persona por sus componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Asimismo, en este artículo se entiende que para la protección de la Salud Mental, es necesario desarrollar acciones centralizadas en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, buscando con esto “(...) crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental” (Uruguay, Poder Legislativo, 2017, art. 2).

Centralizando en la significancia de esta Ley de Salud Mental respecto a los derechos y participación de las personas, se observan cambios significativos en el lugar donde se coloca al sujeto y el ejercicio de sus libertades (Castiglia, 2022, p.12). Se entiende a través de sus principios rectores, la importancia en la incorporación del sujeto dentro del proceso, especificando el derecho a su propia autodeterminación, participación y decisión dentro de las estrategias establecidas para su tratamiento.

Entre los derechos que se destacan, no sólo es la participación propia del sujeto en su proceso sino también de sus familiares, allegados o representantes legales en las decisiones dentro del proceso de atención y tratamiento; además el derecho a “estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona designe, de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante” (Uruguay, Poder Legislativo, 2017, art. 6).

No obstante, siguiendo a de León (2022) se entiende que luego de varios años de la promulgación de la Ley, la reglamentación no ha alcanzado en conjunto con las orientaciones planteadas por parte del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura; además, tampoco se han establecido los recursos económicos suficientes para avanzar en la opertivización en el campo de la salud mental. Por lo tanto, la autora explica que la Ley

no ha logrado “adecuarse cabalmente a los estándares de derechos que se venía solicitando desde los tratados ratificados por el país” (p.8).

Por lo tanto, se visualiza que “desde la promulgación de la Ley N° 19529, el proceso de reglamentación ha sido lento, la asignación y redistribución de recursos económicos dirigidos a la atención comunitaria insuficientes y la presencia en la agenda de los derechos y la salud mental, pareciera ubicarse nuevamente en cierta opacidad” (de León, 2022, p.65)

1.3 Plan Nacional de Salud Mental 2020-2022

En la actualidad, Uruguay se encuentra implementando el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (PNSM), este fue aprobado en febrero del año 2020 luego de dos años de promulgada la Ley N°19.529 de Salud Mental (2017), buscando con esto dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad.

De esta forma, el PNSM pretende ser un instrumento que aporte a la eficacia en la práctica de políticas públicas que se encuentren centralizadas en garantizar el derecho a la salud mental, destacando la importancia de su disfrute de manera integral y con el más alto nivel posible para todas las personas de nuestro país (MSP, 2020).

Este Plan, parte de la consideración de que la salud mental es inseparable de la salud en su sentido general, por lo cual ha de ser considerado como:

“un bien público socialmente determinado, entramado en el modo de vida, sostenido por todos y garantizado por el Estado, inseparable de la justicia y la inclusión social, afirmado por la cultura solidaria y ajeno a toda forma de discriminación o estigma” (MSP, 2020, p.7).

Asimismo, se explicita que el marco general de la salud mental es el de promover las condiciones favorables y otorgar el apoyo tanto a las personas, grupos, comunidades como a la sociedad en general, para alcanzar el desarrollo máximo en sus capacidades y en el goce del bienestar. Además, se considera que la salud mental es diferente en cada persona, es una experiencia totalmente subjetiva y objetiva en esencia considerada inestable.

Por lo tanto, el PNSM 2020-2027 establece que su propósito es:

“(…) contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos

mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención” (MSP, 2020, p.25).

De esta manera, en lineamientos con los postulados de la Ley de SM, el PNSM se proyecta en sus objetivos y acciones desde una visión intersectorial e interdisciplinaria, considerada como necesaria para la implementación de la acción transformadora necesaria con la activa participación de diversos sectores de nuestra sociedad.

Es así que le MSP (2020) expone que el PNSM 2020-2027:

“(…) se enfoca en el componente mental de la salud y presta especial prioridad a acciones encaminadas a la eliminación de toda forma de vulneración de derechos humanos, así como a la adopción, de manera irreversible, de una lógica de recuperación basada en el involucramiento de y con la comunidad, buscando que la misma sea accesible a toda persona con problemas de salud de expresión predominantemente mental, por complejos o persistentes que tales problemas puedan ser” (p.7-8).

El PNSM en términos conceptuales, realiza avances en cuanto a la definición del modelo comunitario de atención, fundamentado en la atención integral, los derechos humanos y la inclusión sociocomunitaria. Actualmente en Uruguay, coexisten tres modelos de atención de la salud mental, el modelo asilar, el modelo hospitalocéntrico y el modelo de salud mental comunitario o social comunitaria. Este último, ha sido enfatizado tanto a nivel nacional e internacional como el modelo que permite la atención de la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos.

En el PNSM 2020-2027 se define al Modelo Comunitario (MC), como aquel que entiende que la atención en salud mental se encuentra inmersa y participa dentro de la realidad comunitaria y por tanto, en su complejidad. Se implanta la relevancia del contexto en la salud y la recuperación de la persona, ya que favorece su inclusión social y da lugar a las necesarias condiciones para ejercer el pleno ejercicio de sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida (MSP, 2020).

Este modelo, se destaca por fundamentar la estrategia de atención en la participación del sujeto usuario y el de sus familias y/o amigos, ya que contribuye particularmente en el empoderamiento de la persona y en la organización como parte fundamental “en la construcción del abordaje integral, individual y colectivo, donde las personas son sujetos activos de su recuperación y del manejo de su enfermedad (MSP citado en MSP, 2020, p.21).

De esta forma, Díaz y Ramírez (2017) esbozan que la perspectiva de trabajo en la Salud Mental Comunitario (SMC) necesita situarse desde la complejidad que contiene cada uno de los atravesamientos y dimensiones que la estructuran. Por lo tanto, se debe integrar los diversos procesos de determinación que la construyen, como los históricos, políticos, sociales, culturales, emocionales, entre otros; esto debido a que cada uno de estos componentes son esenciales “para comprender y articular una perspectiva de salud que en la práctica se traduzca en una propuesta colectiva que proyecte un horizonte de Derechos Humanos” (p.211).

Es así que este modelo, se centra en la inclusión sociocomunitaria de las personas siendo fundamental proveer las condiciones que den lugar al pleno ejercicio de los derechos y el bienestar socioemocional. El PNSM destaca que en este se reconoce a cada persona como parte de un grupo de pertenencia (familia u otro) y una comunidad, siendo sus principios la integralidad, la territorialización y la continuidad de cuidados.

En definitiva, la atención de la SMC se entiende como:

(...) los principios y prácticas necesarios para promover la salud mental de una población local al: a) abordar las necesidades de la población de manera accesible y aceptable; b) desarrollar los objetivos y fortalezas de las personas que sufren enfermedades mentales; c) promover una amplia red de apoyos, servicios y recursos de capacidad adecuada; y d) enfatizar los servicios que se basan tanto en la evidencia como en la recuperación. (Thrnicroft citado en Fuzul et al., 2018, p.24)

En las últimas décadas, la OMS y muchas organizaciones internacionales se encuentran impulsando un sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud (APS); en conjunto con esto, las reformas en la atención de la salud mental desplazan el modelo asilar hacía el modelo comunitario. Ambos nuevos sistemas coinciden en sus bases filosóficas, al respecto de que “desplazan la atención individual hacia la comunitaria, el tratamiento hacia la prevención y la promoción de la salud, se plantea la necesidad de trabajar en equipo y la participación comunitaria, en definitiva, el cambio de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial” (Vilella et al., 2001, p.1).

Tizón (1992) explica que la atención primaria de la salud debe de estar basada sobre la prevención y promoción de la salud, centralizando con esto la atención continua, global y globalizadora de los sujetos, como un individuo inmerso en la comunidad.

La OMS durante la Declaración de Alma Ata en 1978, define a la Atención Primaria de la Salud (APS) como:

[...] La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (OMS, 1978, p.3).

En el 2005, se realiza la Declaración Regional respecto a la nuevas orientaciones de la APS en la ciudad de Montevideo, en esta se expone la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud buscando así lograr un cambio profundo en el Modelo de Atención.

En nuestro país, se incorporan las primeras experiencias en la reforma del sistema de salud con la creación de un Sistema Nacional Integrado (SINS) con la Ley N°18.211 en el año 2007. El SINS implica durante los próximos años transformaciones considerables en los procesos de atención, gestión y financiamiento; centralizando en el campo de la salud, este proceso se ha avanza a tal punto que durante el 2011 se aprueba el Plan de Prestaciones en Salud Mental con el Decreto 305/011, la Ley 19.529 de Salud Mental en 2017, y el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.

Por tanto, la APS ha significado un cambio significativo en la atención de la salud al colocarse como una estrategia que suscita la relevancia en la promoción de la salud, el abordaje preventivo e integral, centralizando en la equidad y universalidad; además, permite la consideración de determinantes sociales de la salud y garantiza los derechos de los sujetos. Es así que la APS, procura la resolución de los problemas a través de la reorientación y reorganización de los recursos en el sector de salud mediante tres niveles de atención, englobando el conjunto del sistema de salud y la interrelación entre los tres niveles (Rydel, Dogmanas, Hidalgo y Casal, 2022).

En el subsector público, específicamente en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en las últimas décadas ha llevado a cabo un pleno proceso de transformación en su organización de forma lineal con los postulado en el SNIS, mediante el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) configurando sus Redes de Atención Primaria (RAPs) centralizado en el acceso al Equipo de Salud (ES) y con dispositivos de enlace para la articulación de las personas usuarias con los diferentes niveles de atención (Novoa, 2019).

Por lo tanto, se entiende que existe una fuerte relación entre los principios y componentes de la estrategia APS con los postulados de las reformas en Salud Mental con un enfoque comunitario; en donde sin dudas, “uno de los desafíos más importantes de los gestores de salud para reducir la brecha de tratamiento en SM, es otorgar especial énfasis a

la integración del componente SM en el PNA y avanzar hacia una cobertura de servicios global” (OMS/WONCA citado en Novoa, 2019, p.135).

1.4 Situación actual de la Salud Mental en Uruguay

Las afecciones o trastornos de Salud Mental y los problemas ligados al consumo de sustancias se presentan tanto a nivel nacional como mundial como un problema significativo de salud pública, contando con una importante carga de morbilidad, discapacidad y muerte prematura, representando así un 23% de la causa de los años perdidos por discapacidad (APD); se estima que un 20% de niños, niñas y adolescentes del mundo se encuentran afectados por trastornos o problemas de Salud Mental prevalentes (Organización Panamericana de la Salud citado en MSP, 2020).

Cada año se tasa que más de 800.000 personas se suicidan, siendo esta la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años de edad (OPS citado en MSP, 2020). En cuanto a las personas mayores, las demencias y el deterioro cognitivo se colocan como las principales enfermedades crónicas que generan discapacidad y dependencia; la Alzheimer’s Disease International (2013) estima que estos son los responsables del 11,9% de los años vividos con discapacidad a causa de una enfermedad no transmisible, afectando a casi la mitad de las personas mayores en dependencia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) entiende que el suicidio es un problema establecido e importante en la salud pública pero muchas veces descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Sin embargo, desde que la OMS declara al Covid-19 como una pandemia en marzo de 2020, más personas comienzan a experimentar pérdida, sufrimiento y estrés, entendiendo que la focalización en la prevención del suicidio es realmente importante para crear vínculos sociales, promover la toma de conciencia y ofrecer esperanza, en donde el acercamiento a seres queridos por su salud mental y su bienestar podría salvarles la vida.

En la Región de las Américas se ha notificado un promedio 98.000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019, se destaca además que alrededor del 79% de los suicidios en la región lo llevan a cabo hombres, lo que conlleva a que la tasa de suicidios por edad entre los varones sea más de tres veces superior al de las mujeres. De igual modo, en las Américas el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 21 años, y en la Región son las personas entre 45 y 59 años que tienen la tasa de suicidio más alta, seguidas por las de 70 años o más (OPS, s/f).

En Uruguay, con una población aproximada durante el 2022 de 3.422.794, la discapacidad por enfermedades no transmisibles ocupan casi el 90% del total de los años perdidos por discapacidad (APD) y los trastornos mentales (TM) el 33%. De esta manera, comprendiendo a la discapacidad por trastornos específicos, aquellos que cuentan con mayores porcentajes son la depresión con un 7,6% y la ansiedad con un 5,2%, le sigue la carga por suicidio y autoagresión con 2,6% de los AVAD; en cuanto a los trastornos mentales severos como la esquizofrenia y el trastorno bipolar ocupan el 1,9% y el 1,4% de los APD (OPS citado en MSP, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS; 2021) presenta una visualización de datos estimados respecto a la mortalidad por suicidio y medidas de la carga de suicidios, incluyendo los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los años de vida perdidos debido a muerte prematura (APD) y los años vividos con discapacidad (AVD) por edad, sexo a nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas entre el 2000 y el 2019. Respecto a esto, interesa destacar que en la visualización de carga de suicidios por país basado en una tasa cada 100.000 habitantes, Uruguay se encuentra en la tercera posición a nivel mundial con mayor tasa de mortalidad por suicidio; es decir, hay un promedio de 18.8 de fallecidos por cada 100 mil personas (Ver Anexo 1).

En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), el país se mantiene en el tercer lugar a nivel internacional con 916,3 cada 100 mil habitantes, por debajo de Guayana y Surinam (Ver Anexo 2). Misma posición respecto a los años de vida perdidos debido a la muerte prematura por suicidio (AVP) con una tasa de 895 cada 100 mil habitantes (Ver Anexo 3). Sin embargo, si se observa en la tasa de años vividos con discapacidad (AVD) Uruguay pasa a posicionarse en el segundo lugar con una tasa de 21,3 cada 100 mil, solo por detrás de Canadá quien cuenta con 29,2 (Ver Anexo 4).

De esta manera, es alarmante observar como Uruguay con la Ley de Salud Mental, el PNSM y todos los programas focalizados en la Salud Mental y la prevención del suicidio y con una población de 300 veces menor que la de EE.UU, ocupa la tercera posición de la tasa de fallecidos por suicidio a nivel mundial, de AVAD, de AVP y el segundo de los años vividos con discapacidad cada 100.000 habitantes. Estas tasas tan significativas sin dudas expresan una problemática mucho mayor a la considerada o abordada por el sistema de salud y en nuestra sociedad, dejando en cuestionamiento la eficacia de la atención en la Salud Mental así como en su prevención y promoción.

En cuanto a la comunidad LGTBIQ+ y otros colectivos que no se sienten representados en este, el estigma y la discriminación sufrida en múltiples ámbitos de socialización como la familia, escuela, medios de comunicación, etc., se colocan como

determinantes sociales de la salud que afectan considerablemente su Salud Mental, ya que la predisposición a un mayor nivel de exposición de situaciones de violencia, consumo problemático de sustancias, aumenta al mismo tiempo el riesgo de padecer algún trastorno mental, como la depresión y la ansiedad, y se elevan las posibilidades de cometer suicidio en la adolescencia en comparación a sus pares cis heterosexuales (MSP, 2020).

En múltiples investigaciones se ha expuesto cómo la comunidad LGTIBQ+ cuentan con mayores probabilidades a padecer trastornos mentales debido a los mayores niveles de exposición de acontecimientos traumáticos como consecuencias de los estigmas y discriminación vivenciadas en relación a su identidad sexual, es así que se comprende que “la exposición a eventos potencialmente traumáticos impersonales e interpersonales se correlacionó positivamente con la vergüenza, los síntomas de depresión, los síntomas de TEPT, el uso de sustancias, las afecciones crónicas de salud y los síntomas somáticos” (Sullivan et al, citado en Sarda, 2019).

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, tanto en adolescentes como en adultos el alcohol es la sustancia que se consume en mayor medida; en un informe del 2016 del Observatorio Uruguayo de Drogas, en el país unas 261.000 personas contaban con un uso problemático de alcohol, sea por abusos por ingesta, consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia (JND citado en MSP, 2020). En relación al consumo de cocaína casi el 7% de la población entre los 15 y 65 años consumieron alguna vez en su vida.

En lo referente al uso indebido de tranquilizantes sin una indicación por un profesional médico, en el PNSM se expone que 1 de cada 10 adolescentes escolarizados en educación media realiza la ingesta y también el 5,4% de los y las adolescentes en el 2020, siendo esto en mayor medida en las mujeres con un 6,7% que en los varones con un 4,2%. En relación a las personas entre 15 y 65 años, un 27,2% declara haber consumido en algún momento y dos de cada diez lo hicieron sin prescripción médica; el 10% de la población ha consumido antidepresivos en algún momento (JND citado en MSP, 2020).

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2018), quién en el 2018 asiste al 39% de la población del país (1.350.976 usuarios), obtuvo según datos oficiales 39.727 consultas en relación a la Salud Mental en todo el país, involucrando a 8.273 usuarios. Asimismo, se establece que “las cinco primeras causas de consulta fueron trastornos de humor (32%), trastornos de ansiedad y otros (14%), esquizofrenia (12%), discapacidad intelectual (10%) y trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas (5%)” (MSP, 2020: 19). En estos datos, se observa un mayor porcentaje de consultas realizado por el sexo femenino, casi el 60%, siendo las personas entre 26 y 50 años (30,3%) quienes se colocan en primer lugar como grupo etario,

seguido por las adolescentes de 12 a 18 años (17%), en tercer lugar niños y niñas de 1 a 11 años con el 16,4% y las personas de 60 años y más en el cuarto lugar con el 14%.

La Organización Mundial de la Salud expone en la CIE-10, que en Uruguay hay aproximadamente unas 12.500 internaciones por diagnósticos de salud mental, dentro de las causas se destaca en primer lugar los episodios depresivos que suponen el 18,5% del total de egresos por problemas de salud mental, luego un 13,3% debido a trastornos de personalidad y comportamiento en adultos, un 12,3% por esquizofrenia, en cuanto a los trastornos mentales y de comportamiento a causa del uso de alcohol representan el 5,3%; en las internaciones, existe una predominancia del sexo femenino con el 51,9% (MSP, 2020).

En relación a la carga de enfermedad y salud mental a través de la vida provoca que las enfermedades no transmisibles superen el 50% de la carga en el grupo de 1 a 4 años, colocándose como la mayor carga a lo largo de la vida. Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) implican entre el 30% y 40% de la carga total (Ver Anexo 5).

En lo que va del 2023, se han registrados datos sumamente alarmantes que implican una complejización entorno al cuidado y atención de la Salud Mental y en la prevención de suicidio, si bien la información no se ha publicado aún de forma oficial en los datos del MSP, en notas tanto del diario El País como el Observador se expone que el subsecretario de Salud Pública, José Luis Satdjian, el 18 de abril ante la Comisión de Salud del Senado en el Parlamento informa que en apenas los tres meses entre noviembre del 2022 y enero del 2023 hubo 1.020 intentos de suicidio en todo el país, en donde la mitad de estas personas tenían menos de 29 años; hay que mencionar que el año pasado se producen 818 fallecimientos por suicidio a nivel nacional, una cifra récord.

Es necesario al final de esta sección, recalcar que la centralización en el suicidio se debe a que la existencia de datos tanto a nivel nacional como internacional se enfocan más que nada a este problema social, si bien se comprende que tanto la salud mental como sus problemáticas van más allá de las tasas de mortalidad por suicidio, en donde se debería focalizar fuertemente en los demás problemas de salud mental, como pueden ser la depresión, la esquizofrenia, ansiedad, entre otros; en la actualidad, los datos recopilados tras una búsqueda intensa se centran principalmente en los expuesto en líneas anteriores.

Capítulo 2. Salud Mental en la atención pública en Treinta y Tres

Este segundo capítulo de la monografía, se centra en la presentación de datos e información pública obtenida de diversos documentos y de entrevistas semi-estructuradas realizadas al Director del Hospital de ASSE del Departamento de Treinta y Tres, Ex Directora del Hospital de ASSE del Departamento de Treinta y Tres, y Psicóloga del Centro Auxiliares de Cerro Chato; la información recopilada de ambas fuentes permiten continuar con el análisis y problematización de la accesibilidad a la atención de la SM en la salud pública del departamento de Treinta y Tres.

En primer lugar, es necesario establecer qué se entiende por la accesibilidad o el acceso a la atención, por ello se desarrolla brevemente una conceptualización respecto a esto.

Seguidamente, en base a lo desarrollado en líneas anteriores el capítulo en su último punto, expondrá datos e información recolectados que aportan a un análisis y problematización centralizados en el objeto de este documento, las barreras presentes en la accesibilidad de la atención a la Salud Mental en la Salud Pública del departamento de Treinta y Tres.

2.1 Conceptualización de la Accesibilidad en la Salud

En la década del 60' la noción de accesibilidad en el campo de la salud comienza a cobrar especial relevancia ya que se vincula con las diversas facilidades y obstáculos que las personas pueden tener al momento de utilizar los servicios sanitarios de forma equitativa (Cano, Evia y Apud, 2013). Enrique Saforcada (1999) plantea que en los sistemas de salud existen cuatro componentes, el componente formal, el cuasi formal, el informal y el componente "intersubjetivo" entendido como las relaciones existentes entre los usuarios, trabajadores y actores de los demás componentes; de esta manera, se entiende que:

Cuando las relaciones entre los espacios formales, cuasi formales e informales se rompe o se ve violentada, se genera lo que Saforcada (1999) llama "barrera psicosociocultural" en la satisfacción de necesidades y derechos de atención y salud. En este componente intersubjetivo, es donde podría ubicarse la noción de accesibilidad. (Cano, Evia y Apud; 2013, p.67).

Garbus (2012) en su investigación “Accesibilidad a la atención en salud. La revisión de una categoría tan clásica, como de moda”, considera a la accesibilidad como una herramienta que permite analizar y conocer la forma en que los sujetos usuarios se vinculan con el sistema de salud; por lo tanto, la accesibilidad a la atención en salud entendida como analizador da lugar a identificar categorías incidentes como procesos de estigmatización, políticas de salud y salud mental, derecho a la salud, prácticas en salud y subjetividad (p.22).

De esta manera, el concepto de accesibilidad inicialmente fue comprendido desde un problema de la demanda que establece la necesidad de eliminar barreras para el pleno acceso a la misma; estas barreras fueron caracterizadas como geográficas, económicas, administrativas y culturales. No obstante,

(...) el problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. (Stolkiner citado en Cano, Evia y Apud, 2013, p.67)

Por lo tanto, Cano, Evia y Apud (2013) esbozan que la accesibilidad es el vínculo entre las condiciones y crisis de los servicios de salud, y también lo son las condiciones y representaciones sociales de los sujetos usuarios, lo que implica determinadas modalidades específicas de hacer uso del servicio en cuestión. En base a esto, la accesibilidad supone considerar y significar las representaciones de los usuarios y trabajadoras que influyen sobre el servicio, los procesos de salud y enfermedad, y la relación asistencial.

2.2 La atención de la Salud Mental en la Salud Pública en Treinta y Tres

Como se menciona en líneas anteriores, actualmente no hay acceso a datos diversificados de la Salud Mental en la Salud Pública del departamento de Treinta y Tres, sin embargo, se entiende que las personas que viven en esta región no se encuentran exentos a la situación del resto del país en relación a este campo la cuál ha sido desarrollada en la sección anterior. No obstante, la región cuenta con determinaciones singulares que pueden estar afectando a la accesibilidad de la atención de los y las usuarias en el campo de la Salud Mental, lo cuál contribuye indiscutiblemente a la situación actual de la comunidad respecto al cuidado de su salud mental como parte de la salud integral y sus efectos ante la falta de cuidado, como lo puede ser el suicidio, colocandose con este como un problema social que necesita de un analisis y problematización para un mayor reconocimiento en la búsqueda de una modificación positiva de la situación actual.

De esta forma, en el inicio de cada una de las tres entrevistas realizadas se consulta respecto a los modelos de abordaje que actualmente se llevan a cabo para la atención pública del departamento en el campo de la SM, focalizando en si existe una implementación del modelo comunitario, que como se menciona anteriormente es visto como el modelo ideal para generar intervenciones basados en los DDHH. En cuanto a esto, tanto el Director actual del Hospital de Treinta y Tres como su ex Directora, concuerdan en que sí existe una utilización este modelo para las intervenciones, enfatizando que se siguen las líneas del Ministerio de Salud Pública y de Salud Mental, pero con ciertas limitaciones para su completa implementación (comunicación personal, 2023).

La Ex Directora del Hospital menciona que se trata de aplicar hasta cierto punto debido a que cada institución tiene su propia y diferente realidad por más que existan las mismas bases, situación relacionada con la existencia de recursos, principalmente de recursos humanos. Al mismo tiempo, Betancur expone esto en su entrevista, debido a que se debe generar una priorización de la agenda de atención ya que en Treinta y Tres hay pocos recursos en cuanto a psiquiatría, explicando que actualmente para abordar todo el departamento solo se cuentan con dos psiquiatras para adultos y dos psiquiatras para niños (comunicación personal, 2023).

Sin dudas, esta última información otorgada por parte del Director del Hospital coloca a la falta de recursos humanos (RRHH) como una de las barreras que pueden

dificultar actualmente la accesibilidad en la atención de la SM en ASSE, ya que la existencia de solo cuatro profesionales en psiquiatría para una población en donde la mayoría de la comunidad son usuarios y usuarias de ASSE no puede ser considerada como suficiente para abarcar la demanda de cada una de las personas independientemente de su rango etario, algo que puede llegar a generar tiempos largos de esperar para una atención y que claramente dificultará el seguimiento y acompañamiento de los y las usuarias en este área.

En relación a esto, el Director actual del Hospital menciona que: “hace aproximadamente veinte días que contamos con un cargo de alta dedicación, por lo que ahora podemos tener una demanda en espera que tenía seis meses para una consulta en policlínica que ahora será de tres meses el tiempo de espera” (comunicación personal, 30 de junio de 2023). En base a esto, queda cuestionarse si será suficiente para modificar positivamente la accesibilidad de la comunidad para una atención en el área de la SM.

Al continuar con lo expuesto en el PNSM 2020-2027, la distribución del personal es heterogénea entre profesiones y a nivel de la región, existiendo una concentración de profesionales en la ciudad de Montevideo implicando que los recursos humanos especializados se vean limitados al traslado desde la capital del país, conllevando a que la continuidad en el tiempo y la cantidad de estos sea variable e insuficiente, ya que si no hay profesionales especializados del campo de la SM no hay forma que los usuarios puedan acceder a una atención y acompañamiento ante un problema de SM (MSP, 2020). Esto se puede considerar como una posible explicación de la realidad de la salud pública en Treinta y Tres en base a lo mencionado en las entrevistas, la Ex Directora del Hospital especialmente enfatiza en que las barreras y las dificultades presentes parten desde la accesibilidad a que el/la usuario/a pueda acceder a la consulta ya que en ASSE no se cuenta con la cantidad de profesionales suficientes para afrontar la demanda (comunicación personal, 29 de junio de 2023).

Al retomar otros de los puntos desarrollados en el PNSM, se expone que desde 1997 se generaron “equipos con Psiquiatra de adultos, Lic. Psicología, Auxiliar de enfermería, Lic. en Trabajo social y personal administrativo; en algunos equipos hay Lic. en Enfermería. Actualmente todos los equipos cuentan con especialistas en Psiquiatría pediátrica; “progresivamente se han ido incorporando talleristas y docentes en los centros de rehabilitación psicosocial para personas con Trastornos Mental Grave (TMG)” (Fuzul et al, 2018, p.28).

Debido a la importancia de estos equipos para el abordaje en el campo de la SM, se consulta al Director actual respecto a la composición de los equipos multidisciplinarios o interdisciplinarios, por lo que menciona que en el hospital departamental el equipo se

compone del psiquiatra (como se mencionó anteriormente hay dos psiquiatras de adultos y dos psiquiatras pediátricos), dos asistentes sociales del segundo y primer nivel, después de tres psicólogos en el segundo nivel y de cinco psicólogos en el primer nivel de atención.

Asimismo, se pregunta respecto a si los centros auxiliares de las localidades cuentan con estos equipos, las respuesta es que actualmente no existen pero que en Cerro Chato si hay una profesional en psicología, pero “después en Vergara, Charqueada, Varela y Santa Clara son derivados a Treinta y Tres en caso de atención psicológica ya que esos centros auxiliares no cuentan psicólogo, en Vergara por ejemplo iba una psicóloga todas las semanas pero actualmente está con licencia maternal” (Director del Hospital, comunicación personal, 30 de junio de 2023); no obstante, menciona que se encuentra dentro de la planificación el contar con algún equipo multidisciplinario en un futuro cercano.

Al profundizar un poco más en relación a los equipos multidisciplinarios, estos son expuestos por el modelo comunitario como de gran importancia tanto para la atención, el cuidado, el acompañamiento y el seguimiento de los y las pacientes y sus familias, por lo cual se consulta en todas las entrevistas respecto a qué relevancia o importancia que consideran que estos equipos tienen en las intervenciones y asistencias para los y las usuarias del sector público de salud en el campo de la SM; por una parte, surge la necesaria presencia de un personal capacitado para el abordaje de los que este campo sobre todo en el primer nivel de atención, centralizando más que nada en la urgencia o emergencia de las situaciones.

Por otra parte, la profesional en psicología del centro auxiliar de Cerro Chato destaca que a su entender ante la falta de un equipo multidisciplinario, hay un debe en la parte social necesaria en varias ocasiones, en donde también las cuestiones sociales que impactan en la salud mental limitan el progreso de los y las pacientes, ya que a su entender “(...) la persona no es solamente su psiquismo o su salud mental o sea es un ser social, que tiene familia o no tiene, que convive o lo que sea, entonces si a veces no están resueltas esas cosas es imposible avanzar por lo que terminas haciendo como ese trabajo cuando en realidad no es lo tuyo” (Lic. en Psicología , comunicación personal, 29 de junio de 2023).

Con fuerte vinculación a esto, se indaga tanto en documentos como en las entrevistas en relación a la centralización de los recursos humanos pero en la capital departamental, la ciudad de Treinta y Tres, ya que es de entender que si los y las usuarias deben viajar cada determinado tiempo para acceder a una consulta en psiquiatría afecte tanto en la accesibilidad como en la continuidad, sea en relación a la demanda, a determinantes económicos por parte de la población para trasladarse, entre otras. Para la Ex Directora del Hospital y la Licenciada en Psicología, el que los pacientes deban

trasladarse desde el interior del departamento genera complicaciones, ya que hay tema de frecuencias de ómnibus, el tener que pasar todo el día en el lugar también tiene implicancias económicas para aquellos en situación de vulnerabilidad.

De esta manera, se puede problematizar que durante el 2022 y 2023, tanto la centralización de recursos humanos en la capital del país como en la ciudad de Treinta y Tres, generan importantes obstáculos para que la población pueda contar con una accesibilidad a la atención en un lapso de tiempo reducido, a su vez, para una continuidad de esta atención y que está sea con el mismo profesional; factores que luego pueden influir en contar con la posibilidad de acceder o mantener una atención en la SM por parte de los y las usuarias de ASSE del departamento de Treinta y Tres.

Por lo tanto, se debe realizar la búsqueda de una mejor gestión de los servicios y para una distribución equitativa en función a las necesidades en el territorio, siendo necesario profundizar en las políticas de estímulos para lograr la descentralización, así como también para definir protocolos de funcionamientos, roles del equipo de salud en las diversas estructuras de la atención de salud mental (MSP, 2020).

Estas barreras que contribuyen a la problemática de la accesibilidad en la atención de la SM, se observan fuertemente vinculadas con la dimensión económica, por ejemplo la Ex Directora del Hospital destaca que la falta de recursos financieros genera el no poder mejorar la oferta para Doctores en Psiquiatría, ya que de lo contrario el personal optaría por quedarse en el departamento; a su vez, agrega que desde un punto de vista edilicio se puede mejorar la planta física que contribuiría en la contención y el cuidado (comunicación personal, 29 de junio de 2023).

Por otro lado, el Director actual del Hospital agrega que tanto el aumento del presupuesto anunciado en el presente año para el campo de la Salud Mental como un convenio con Mides, apuesta a poder fortalecer las casas de medio camino con el objetivo de generar acceso a más pacientes y no necesariamente focalizar en aquellos/as pacientes que necesiten un tratamiento de emergencia (comunicación personal, 30 de junio de 2023).

En cifras presentadas por el MSP en relación al suicidio en Uruguay en 2021, la tasa de mortalidad por suicidio sostiene un aumento persistente a través de cada año, aquí interesa destacar que Treinta y Tres durante el 2021 presenta la mayor tasa de mortalidad por suicidio en el país, contando con un 53,5 cada 100.000 mil habitantes; es necesario destacar que en el Censo 2011 la población registrada es de 48.134 (OTU; s/f). Por lo tanto, si bien en 2021 el departamento no registra el mayor número de suicidios (27) a nivel nacional, sí se considera la relación entre la población y estos datos es alarmante ubicarlo

en primer lugar en este indicador (Ver Anexo 7); es necesario destacar que en Treinta y Tres la mayoría de la población son usuarios de ASSE, en el 2022 unas 30.995 personas.

En la interpretación de esta cifra en relación a la accesibilidad de la atención en este campo se observan diferentes perspectivas para cada entrevistado/a ante el problema social. En cuanto al Director del Hospital departamental, entiende a modo personal que dichos datos con la accesibilidad no se encuentran vinculados, ya que expone que si se observa la historia clínica de los pacientes que se autoeliminan generalmente son aquellos que no contaban con tantas consultas psiquiátricas, si no que desde su entorno familiar o el medio en el que se manejaban no se captó que el paciente se encontraba en esa condición; asimismo, el actual Director del Hospital de Treinta y Tres alega que por más que se disponga de muchos psiquiatras con estos pacientes posiblemente no se contaría con el beneficio o modificación en la decisión ya que fueron aquellos que no buscaron el recurso y capaz que el medio no se dio cuenta (comunicación personal, 30 de junio de 2023).

Por parte de la Licenciada en Psicología en la localidad de Cerro Chato, entiende que es algo multifactorial que no se puede recurrir solamente a la accesibilidad de la SM, debido a que sería caer en un reduccionismo pero tampoco se puede negar que hay un vínculo de cómo se accede a la atención de la SM con esta barrera (comunicación personal, 29 de junio de 2023).

De esta manera, al considerar tanto los documentos estudiados, las perspectivas expuestas por parte del y las entrevistas, los datos alarmantes del departamento en relación a la SM (tasa de mortalidad por suicidio) y las barreras expuestas en líneas recientes para la accesibilidad y continuidad de la atención en esta área, se comprende al contrario del Director del Hospital departamental que sí debe existir una vinculación entre la situación actual entorno a los trastornos mentales y la tasa de suicidio con respecto a la accesibilidad en la atención de la SM de la población usuaria de ASSE en el departamento de Treinta y Tres; en donde la falta de recursos humanos se ha colocado como una importante barrera para el cuidado y el acompañamiento posterior. Por lo tanto, si bien esta problemática social es multifactorial no se puede descartar una vinculación con la dimensión de la accesibilidad, ya que al hacerlo puede ocultar posibles problematizaciones y avances en el conocimiento de este campo y su abordaje.

Por otra parte, se observan que en indicadores asistenciales de ASSE durante el primer semestre del 2022, se destaca que a pesar de que Treinta y Tres en 2021 cuenta con la mayor tasa de suicidios cada 100 mil habitantes en todo el país, el departamento aún así presenta una baja tasa de egresos de internación en cuidados moderados en psiquiátrica por cada mil afiliados por año a nivel nacional, 4,6%. Para la Ex Directora del Hospital, esta

cifra mencionada de baja tasa de egresos de internación en dicha área en relación a la alta tasa de suicidios se puede interpretar en que el usuario o usuaria tiene menos acceso a la consulta médica, llega más a la emergencia cuando ya se encuentra “en límites”, adicionando al mismo tiempo que no solo a los usuarios públicos se les presentan dificultades para acceder sino que también a aquellos pertenecientes a prestadores privados debido a que a nivel general existen dificultades de acceso a consultas médicas con psiquiatra; situación que incide directamente en el aumento de la tasa de suicidios.

De esta manera, esto en el primer nivel de atención de la salud no solo refleja una deficiencia en las acciones de prevención y promoción en la SM para los y las usuarias, a su vez se puede comprender que se presentan obstáculos o barreras que se han mencionado a lo largo del capítulo para que los sujetos accedan a la atención en la SM que ASSE proporciona, destacándose los finitos recursos humanos; asimismo, existen ciertas dificultades para que sean desde un abordaje del modelo comunitario en donde se comprende la importancia del contexto, la historia y los vínculos sociales y afectivos de cada sujeto.

Al focalizar brevemente en la prevención y promoción, deben ser vistas ambas dimensiones como contribuyentes a la accesibilidad de la atención en la SM, ya que la educación y concientización que ambas generan en la comunidad pueden condicionar de alguna manera, sea directamente o indirectamente, al acceso.

Al concluir las entrevistas, se menciona como un posible barrera la cultura actual, afirmando la necesidad de seguir con los cambios y transformaciones en el campo debido a las concepciones estigmatizantes que se generan en torno a la Salud Mental, determinando así implicancias en relación a enfermedades o problemáticas. Tanto la Ex Directora del Hospital como la Licenciada en Psicología destacan que se observan importantes cambios a nivel cultural en cuanto los estigmas de una atención en este campo, ya que notan que las cifras de usuarios/as en espera para una cita son elevadas; no obstante, se debe seguir trabajando entorno a las estigmatización de la SM.

En el PNSM 2020-2027 se afirma que la persistencia de concepciones estigmatizantes que impactan en los procesos de atención de los sujetos con problemas de SM y/o también en el uso problemático de sustancias psicoactivas y su inclusión en la comunidad. Asimismo, en el campo de SM uno de sus mayores problemas son la medicalización, psicologización, patologización de los problemas psicosociales o de la vida cotidiana de los sujetos; vinculándose esto en el mantenimiento de las estructuras monovalentes que funcionan desde un modelo de internación prolongada.

En definitiva, coexisten una multiplicidad y diversidad de dimensiones que tanto por sí solas como en el conjunto generan obstáculos o barreras al momento de los sujetos poder acceder a una atención de la SM en la salud pública proporcionada por ASSE en Treinta y Tres; incidiendo también en la valoración o importancia de las acciones centralizadas en la promoción, prevención y detección de los trastornos de salud mental, que dañan de forma directa o indirecta en la accesibilidad de la atención y en el acompañamiento al sujeto y a sus vínculos sociales durante el proceso de tratamiento.

El camino recorrido en SM aún es joven en nuestro país, porque a pesar de toda la normativa adquirida en los últimos años las transformaciones en los modelos de atención y en la cultura uruguaya aún siguen impregnadas de estigmatizaciones, colocando necesaria fortalecer la significancia de este campo en la salud integral de todas las personas de una comunidad. Actualmente, las estrategias para abordar la problemática de la SM tanto en Treinta y Tres como a nivel nacional son insuficientes, y se reflejan en el aumento de la tasa de mortalidad de suicidio, los trastornos mentales, las cifras de atención psicológicas y/o psiquiátricas, etc., por lo cual se deben desarrollar estrategias que disminuyan los efectos de la falta de atención y cuidado de la SM y una baja en las tasas relacionadas a este campo, que al final estas son la refracción de la situación problemática en Salud Mental presente en nuestra sociedad.

Para ello, es necesario considerar indiscutiblemente que el campo de la Salud Mental se encuentra impregnado de complejidades y tensiones, lugar donde la fragmentación social, las desigualdades sociales y la incertidumbre no solo son factores causales de los problemas de salud sino que contribuyen a estos, se asientan en la historia social de cada sujeto, en su singularidad, generando así nuevas cuestiones que dialogan con la intervención en lo social (Carballeda, 2012).

En el campo de la salud, la intervención del Trabajo Social tiene la oportunidad de acercarse desde el lugar de los derechos y el poder alejarse de la normativa, esto permite problematizar las tensiones que generan entre la cotidianidad de la institución y el marco normativo, buscando estrategias para abordajes centrados en la inclusión, igualdad y equidad. En definitiva, la intervención en lo social como un derecho de cada sujeto ha de estar ligada con el derecho a ser asistido, a ser escuchado, a ser “visible”; para alcanzar esto, es importante comprender que no solo se inicia con la posibilidad de la accesibilidad a una cita con un especialista en psicología o psiquiatría, o a diversos recursos, si no que también desde el Trabajo Social se introduce la necesaria perspectiva que la “accesibilidad se construye creativamente desde la intervención como una especie de cartografía que se adecua a cada demanda, circunstancia, persona” (Carballeda, 2020).

Capítulo 3. El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental

En este último capítulo de la monografía, se entiende esencial focalizar en la importancia del rol del Trabajo Social en la Salud Mental, especialmente en su contribución a la accesibilidad, incluyendo un análisis más allá de la intervención ante el problema de salud mental de un sujeto sino también en el acompañamiento, la promoción, prevención y el cuidado de la Salud Mental.

3.1 El Trabajo Social en la Salud Mental

Como se ha establecido en líneas anteriores, el Trabajo Social en nuestro país se ha originado en el campo de la salud por lo cual la presencia de la profesión no es algo nuevo, pero el quehacer profesional sí ha sufrido enormes transformaciones para el abordaje de las problemáticas sociales dentro y fuera del área de la salud.

Por lo tanto, es necesario centralizar al respecto del quehacer profesional, siguiendo a Claramunt (2009) el accionar se encuentra transversalizado por diferentes dimensiones del Trabajo Social. Una de ellas, es la dimensión socio-educativo, la cual entiende que el Trabajador Social debe focalizar en la cotidianeidad de los sujetos, es decir, en el contexto de sus vidas cotidiana, sus hábitos, sus maneras de pensar y actuar, buscando con esto que la persona adquiera una mirada más crítica de su propia realidad. Por otra parte, también se encuentra la dimensión asistencial, siendo relacionada con el otorgamiento de servicios, prestaciones y recursos, aquí el Trabajador Social se coloca como el intermediario entre el Estado y el sujeto, con el fin de gestionar las prestaciones o servicios al constituirse como el nexo entre la necesidad de un recurso y la satisfacción del sujeto que recibe la prestación.

Asimismo, la dimensión investigativa se constituye como la tercera, ya que se coloca como un insumo más de las intervenciones y abordajes, siendo el inicio el conocer la situación para recién luego poder intervenir. Por último, la dimensión ético-política, la cual se centra en los valores que orienta la intervención de cada profesional del Trabajo Social, como la libertad, la autonomía, la defensa de los derechos humanos, la democracia y ciudadanía, además del Código de Ética para el Trabajo Social en Uruguay que rige a la profesión (Claramunt, 2009).

Por otro lado, los principios y valores del Trabajo Social se encuentran basados en el reconocimiento de la diversidad y la participación activa de los sujetos en sus propios

proceso de intervención, como ejes indispensables para el cambio; para ello, se entiende la importancia en el protagonismo de la persona en el proceso, para que pueda alcanzar el control de su propia historia y la mejora de la calidad de vida. Por lo tanto, es fundamental que desde la profesión se reconozcan las capacidades y experiencias de los sujetos ignorados o silenciados por la sociedad y por las organizaciones que ejercen el poder (Palomo y Ramajo, 2017).

Siguiendo a Carballada (2012), este reconocimiento de lo invisible también tiene que ver con la garantización de los derechos, algo que desde la intervención de lo social la profesión tiene la posibilidad de hacer visible las exclusiones y desigualdades tanto en la sociedad como en los diferentes campos; en el de la Salud Mental, el derecho al acceso, y a que la accesibilidad de esa persona sea desde una intervención pensada en su singularidad, en su historia social, en conjunto con su familia o su comunidad. Para alcanzar esto, el Trabajo Social debe:

“en la intervención en lo social dentro del sector salud es interpelada desde más espacios de demanda y dialoga con las posibilidades de inclusión social, en la medida que las acciones que surjan de esta tengan en cuenta lo universal del problema, pero también lo heterogéneo y singular” (p.43).

En el ámbito de la Salud Mental, uno de los principales propósitos del Trabajo Social es la descategorización de la diferencia impregnada en el estigma, algo que se encuentra vinculada con el modelo comunitario o el modelo social,

“perspectiva que concibe toda vida humana con las mismas condiciones de dignidad que el resto de la sociedad, que facilita a las personas con trastornos mentales el reconocimiento como ciudadanos con plenos derechos y deberes dentro de la sociedad en la que habitan” (Palomo y Ramajo, 2017, p.1).

Continuando esto, Carballada (2012) explica que las enfermedades son narradas, desde la intervención del Trabajo Social en la SM estas narrativas construyen la escucha, la mirada y el registro, en donde estas cuestiones son sistematizadas desde la noción de “Modelos de Intervención en Salud”. En estas diferentes modalidades de intervención, la escucha se constituye como parte fundamental del proceso del quehacer en la práctica diaria de trabajo social, la importancia que tiene la escucha desde la intervención en lo social es que se encuentra ligada a la experiencia singular del sujeto de intervención mediatizada por sus aspectos históricos-sociales, la cultura, las representaciones sociales, la conceptualización y las significaciones de la enfermedad de quién está relatando.

La intervención en lo social en el área de la salud es interrogada desde más espacios de demanda y se relaciona con las posibilidades de inclusión social del sujeto. En el campo de la SM, considerando la complejidad y dimensionalidad de las problemáticas y los escenarios de intervención es en donde el derecho a ser asistido y a ser escuchado se expresa con mayor claridad.

“Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental” (Carballeda, 2021, p.43).

Desde el Trabajo Social se considera que la escucha como parte de un cuidado por el otro, es una necesidad y por tanto, un derecho (Carballeda, 2016), contando con una fuerte vinculación con la construcción de la identidad y el sentido de pertenencia a un grupo o comunidad, en palabras del autor: “Ser escuchado es un derecho que en tanto no es cumplido, separa, segrega, cosifica a ese Otro que reclama, muchas veces de forma diferente, esa condición” (p.3). Por tanto, la “escucha activa” es interesarse por este otro y aceptarlo, lo que contribuye a generar una relación y por tanto en el cuidado de ese sujeto.

Asimismo, es necesario establecer que se considera el cuidado como un valor de la condición humana y como una responsabilidad compartida que no solo ha de ser tomada por equipos de salud, sino que entendida como un derecho se establece una diferencia entre el cuidado como valor y el cuidado como acción, el primero, respecto a la actitud que la humanidad coloca en relación a la vida de un otre; el segundo, cuenta con un correlato con el campo de la ética, se refiere al “respeto a la vida entendido como el respeto de todo ser humano en la construcción de un sistema capitalista que tiene que ver con la Declaración de los Derechos Humanos” (Dornell, 2011, p.4), esto desde un lugar de reivindicación de la satisfacción de las necesidad de las personas, sean primarias o secundarias.

El Trabajo Social en el área de la atención de la salud cuenta con la misión no solo de acompañar el recorrido del paciente en las diversas etapas del proceso de abordaje: ingreso, adaptación, tratamiento y alta definitiva con la readaptación social (Claramunt, 1974), si no también en el cuidado del derecho a la accesibilidad de los/as usuarios/as al sistema de salud y recursos, además de abordajes de prevención, promoción, escucha y acompañamiento, generando una participación activa en la comunidad.

En base a esto, que se establece que el ámbito de la Salud Mental es un campo de intervención interdisciplinar, por lo cual son diversos profesionales que se encuentra en el

mismo espacio, lo que conlleva diferentes modelos teóricos, diversas perspectivas respecto a cómo concebir la realidad, diferentes instituciones e ideologías políticas y sociales respecto a las maneras de atención. “Si algo caracteriza el funcionamiento de la Salud Mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación ya que, de lo contrario son imposibles actuaciones eficaces y de calidad” (Garcés, 2010, p.339).

Es así que las y los trabajadoras/as sociales en Salud Mental se encuentran integradas/os en un equipo multidisciplinario con el objetivo común de los demás profesionales, considerándolos iguales en sus aportaciones pero sí diferenciando el tipo de información e intervención de cada uno, “el trabajador social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del enfermo y el plan de tratamiento” (Díaz citado en Garcés, 2010, p.339).

Por lo tanto, dentro del equipo de salud mental la/el trabajador/a social tiene la función de incorporar el factor social de los problemas de salud mental en el proceso de tratamiento, colaborando en la continuidad de los cuidados, al aportar recursos necesarios para la integración e inserción social de los sujetos, además de incluir la intervención profesional en el tratamiento de los problemas psicosociales; esto además, se coloca como una exigencia básica de la atención integral de salud, dando un valor a la asistencia de calidad, en donde la importancia de lo social radica en la comprensión de la vulnerabilidad y la enfermedad.

En definitiva, el Trabajo Social desde su quehacer profesional en el campo de la Salud Mental, contribuye intensamente al reconocimiento en la accesibilidad, en la persona usuaria como un sujeto de derecho siendo esencial su participación activa en el proceso de su tratamiento. Asimismo, el objeto de la profesión en garantizar los derechos, como el de la atención y el de la escucha, permiten no solo en crear espacios impregnados de una perspectiva social al considerar las cotidianidades de cada sujeto y la importancia de sus relaciones sociales, que permiten no solo una accesibilidad desde un modelo comunitario sino el mantener un tratamiento centralizado en el mínimo ejercicio de violencia por parte de los profesionales del equipo de SM.

Finalmente, el Trabajo Social también aporta en comprender que el contexto socio histórico, las comunidades, la cultura y las redes del territorio son fundamentales no solo durante el proceso de abordaje del problema mental sino luego de que este haya finalizado, especialmente si nos enfocamos en las estigmatizaciones presente en la sociedad que dificultan la reinserción y el bienestar social.

Reflexiones finales

Esta Monografía Final de Grado ha buscado analizar y reflexionar respecto a la accesibilidad de la Salud Mental en la Salud Pública en el departamento de Treinta y Tres, dando lugar a una observación y problematización de los abordajes actuales de la Salud Mental en nuestro país colocando la relevancia del ámbito social y las principales barreras que produce el contexto actual en este campo, así como también el papel del Trabajo Social ha ocupado y podría llegar a ocupar en la intervención en los problemas de la SM.

Este estudio inicia un breve recorrido histórico que el campo de la Salud Mental ha transitado en nuestra sociedad y sistema de salud, observando sus transformaciones tanto socioculturales como normativas a lo largo de las décadas. Asimismo, se coloca relevante desarrollar la normativa y plan actual de la SM así como el modelo de abordaje pretendido (modelo comunitario), para constatar que las modificaciones en este campo han sido variadas y como cada una se vincula con los parámetros y estigmatizaciones de cada sociedad según una época determinada, tantos los diversos modelos de intervención como la propia definición de Salud Mental han generado multiplicidad de concepciones y percepciones, implicando una complejidad para una conceptualización universal.

Este contexto de imposibilidad de establecer una definición exacta, se debe a la asociación que una definición y abordaje tiene con las estigmatizaciones presentes en cada sociedad. Sin dudas, los estigmas, atribuciones y hasta el miedo que puede generar los problemas de salud mental o la enfermedad mental, dando lugar a problemáticas en la inclusión social de estos sujetos ya que no se adecuan a los comportamientos y determinaciones impuestas socialmente, ya sea según género, grupo etario, etc.; lo que puede conllevar a una multiplicidad de formas de exclusión y violencia dentro de la comunidad a la que pertenecen.

Siguiendo a exposiciones realizadas por de la Cuesta (2017), las barreras de accesibilidad a la atención en salud mental son descritas por dichos estigmas, estereotipos, prejuicios y la discriminación, siendo factores fundamentales y de incidencia en la construcción de los obstáculos presentados en el capítulo dos de este trabajo. Esto se debe a que las personas que cuentan con algún trastorno mental son etiquetadas como sujetos "indeseables", muchas veces el resto de las personas pertenecientes a la misma comunidad los limitan, categorizan y etiquetan desde la construcción de sus propios prejuicios en torno a la SM; a su vez, esto no solo afecta a la persona con la afección si no también a su familia, amigos y entornos que se colocan como lugares de cuidado.

Esta perspectiva arraigada en muchas comunidades o grupos de personas, generan a que las personas con trastornos mentales y sus vínculos sociales a situaciones de exclusión y de marginación; “las consecuencias más inmediatas son el ocultamiento de los síntomas, negativa a buscar apoyo profesional y dificultades en la adherencia a los tratamientos” (Oviedo et al, citado en la Cuesta, 2017, p.182)

Esta dimensión sociocultural se presenta como una de las barreras para la accesibilidad de la Salud Mental en la Salud Pública a nivel general del país, no solo en el departamento de Treinta y Tres, si bien se observan importantes modificaciones aun los estigmas presentes en las comunidades, en el sistema de salud, en las normativas, en los planes y programas focalizados en la atención y prevención de este campo, se establecen como un obstáculo tanto al momento de que el sujeto quiere y puede acceder a una consulta psicológica/psiquiátrica como en la atención por parte del equipo de salud, que en muchas veces determina si el usuario identifica si tiene un problema de salud mental, si puede o no acceder a una consulta, y en caso de hacerlo si comienza un proceso de tratamiento o si lo abandona en el proceso; algo que tiene mucho que ver con la promoción.

No obstante, como se menciona en el segundo capítulo, este obstáculo se sistematiza con las demás múltiples factores o dimensiones que afectan a la accesibilidad de la atención en la Salud Mental en los centros de atención de ASSE del departamento de Treinta y Tres; como lo son los recursos humanos y los recursos económicos, la continuidad de la atención, la centralización de los RRHH, entre muchas otras más.

Estos implican en su conjunción grandes barreras para que las personas puedan o quieran afrontar lo que implica acceder a una consulta en relación a un problema o trastorno mental, porque luego de eso la sociedad te define y te encasilla en base a esto, haya o no un diagnóstico, y en ambos casos someten a sus estigmas y percepciones lo que afecta en el desarrollo de la cotidianidad de un sujeto dentro de esa comunidad; proceso que además es sumamente complejo si no se cuenta con el apoyo de familia, amigos o la comunidad.

En los últimos años, en el Uruguay con la aprobación de la Ley de Salud Mental, el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, programas de prevención y promoción, han permitido transformaciones importantes en el Sistema de Salud Pública y en la sociedad, que promueven el abordaje y las percepciones de este campo desde una mirada de los derechos humanos y de la integralidad de las personas, buscando actualmente el pleno desarrollo de las potencialidades de cada sujeto, colocándolo como partícipe las decisiones de su propio proceso de tratamiento. Aquí se destaca el modelo comunitario explicado en el primer capítulo, en donde el abordaje de la Salud Mental en base a la multidimensionalidad

da lugar a entender al sujeto de derecho como un todo, incluyendo la importancia de cotidianidad, viendo más allá de solo la dicotomía salud/enfermedad.

A pesar de estos avances, de la normativa actual, de la implementación del modelo comunitario, programas y planes, las cifras obtenidas tanto a nivel nacional como departamental expresan una emergencia que no es percibida como tal, el campo de la atención de Salud Mental en Uruguay se encuentra en una problemática gravísima, cada año se superan récords nacionales en diversos índices y tasas de suicidio, AVAD, etc.; solo se debe recordar que el país a nivel mundial ocupa el tercer puesto en tasa de mortalidad por suicidio, es necesario no solo aceptar que actualmente la accesibilidad en la Salud Mental es totalmente deficiente y así como el cuidado durante el proceso de aquellos sujetos que cuentan con un tratamiento, especialmente en la Salud Pública del departamento de Treinta y Tres.

Sin dudas las cifras tanto en relación a los problemas de SM, trastornos mentales como en suicidios, AVAD y AVD que en Treinta y Tres y a nivel nacional van en aumento constante, deben ser consideradas como una grave problema de salud pública que reflejan una emergencia y epidemia entorno a la Salud Mental y su atención. Ante la situación actual, se establece necesario la aceptación que los programas y la perspectiva en este campo en el ámbito de salud como en la sociedad en general son ineficaces e insuficientes.

La complejidad de la problemática entorno a la accesibilidad y el cuidado de la Salud Mental, tiene que ser analizada en su multidimensionalidad, los obstáculos analizados en el capítulo dos traen consigo una problematización en cuanto a las formas de abordajes del sistema de salud y su estructura en sí, es indispensable reconsiderar el presupuesto en salud especialmente buscando incentivos y soluciones para los departamentos alejados de la capital del país, porque se debe reconocer que uno de los mayores limitantes para mejorar la accesibilidad en la SM es el presupuesto de salud y de salud mental, que condiciona los recursos disponibles, las formas de abordaje y las consideraciones en cuanto a que conlleva un proceso de tratamiento y cuidado posterior ante un problema o trastorno mental.

Asimismo, es necesario mencionar que en la búsqueda de documentos en relación a la atención en la Salud Mental en el Sistema de Salud Pública de Uruguay, se obtuvo información, cifras y datos muy acotados dificultando el análisis y problematización de la accesibilidad a la SM. Esto también da cuenta que la importancia de esta problemática social no está siendo considerada desde la gravedad que los pocos datos publicados por el MSP y otras organizaciones gubernamentales e internacionales, porque una problemática que refleja cifras récords y en aumento cada año no es estudiada ni analizada a partir de la

diversificación de datos no puede ser comprendida en su complejidad y por lo tanto modificarla.

Los datos actuales no podrían dar lugar a esto porque la problemática de la Salud Mental no se reduce a la tasa de suicidios, a los trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión, sino que son datos de consulta por ansiedad, por preocupaciones, por una multiplicidad de motivos que dan cuenta de lo que las personas en nuestra sociedad hoy sienten, piensan y transitan en sus cotidianidades; sin dudas, la prevención y promoción en este campo son fundamentales para la presente y futura salud integral de cada sujeto. Ante todo esto, solo queda preguntar: ¿Hasta qué cifra la de tasa de mortalidad por suicido debe alcanzar para que se lleve a cabo profundas modificaciones en este campo para una eficaz accesibilidad de la atención en la Salud Mental?.

En esta monografía también se realiza una reflexión respecto al Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Como se explica anteriormente, la profesión tiene sus inicios en el campo de la salud subordinada al área médica, actualmente el quehacer profesional en la SM reivindica la singularidad de las situaciones de cada sujeto, buscando ir más allá de la generalidad o la vinculación de problemas con determinadas poblaciones, ya que en la intervención en lo social el conocer las causas no son el fin sino el medio porque da accesibilidad a conocer el sentido de la acción (Carballeda, 2012).

La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, tiene la posibilidad de alejarse del lugar de lo normativa para aproximarse al de los derechos de los sujetos, pero no solo al derecho de ser asistido, sino de ser escuchado, acompañado, a ser “visible” para una sociedad que parece mirar para el costado cuando se encuentran con algo que no lo entienden, les incomoda y lo estigmatización.

Referencias Bibliográficas

- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Benia, W., & Medina, G. (2011). *Construcción de una Red Continente. APS y Primer Nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo. Uruguay 2005-2009*. Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas, 100-133.
- Cambiaso, F. (24 de abril de 2023). *En tres meses más de mil personas intentaron suicidarse, según cifras del MSP*. El País. [En tres meses más de mil personas intentaron suicidarse, según cifras del MSP - - EL PAÍS Uruguay \(elpais.com.uy\)](https://www.elpais.com.uy)
- Cano Menoni, A., Evia, V., & Apud, I. (2013). *Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de Montevideo a partir de un estudio de caso*. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 3 (1), 41-63.
- Carballeda, A. J. M. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental*. Algunas interrogantes y perspectivas. Vertex, Rev. Arg. de psiquiatría, 23, 38-45.
- Carballeda, A. J. (2016). *La escucha como un proceso*. Una perspectiva desde la intervención social. Revista de Políticas Sociales, (3).
- Carballeda, A. (2016). *El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social*. Revista Margen, 82(1), 1-4.
- Carballeda, A. (2020). Apuntes sobre la intervención del Trabajo Social en tiempos de Pandemia de Covid-19. *Recuperado em, 5*.
- Carballeda, A. J. (2021). *La intervención en lo social*. Buenos Aires. Paidós.
- Castiglia Ferré, A. C. (2022). *Atención comunitaria en salud mental: institucionalización prolongada y rehabilitación psicosocial*. [TESIS 2 \(udelar.edu.uy\)](https://tesis2.udelar.edu.uy)
- Claramunt, F. (1974). *Psiquiatría y asistencia social*. Ediciones: Euramerica. Madrid.
- Claramunt, A. (2009). *El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad*. Revista Fronteras: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales UdelaR.

- de la Cuesta, P. (2017). Barreras Pisosocioculturales para la Accesibilidad en Salud y en Salud Mental. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*, 173.
- De León, N., & Techera, A. (2017). *Reformas de Atención en salud mental de Uruguay y la región*. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*, 55.
- De León, N. D. (2022). *Escenarios y condiciones para la incorporación de derechos en los procesos de reforma en la atención a la salud mental: una panorámica sobre Uruguay y países limítrofes*. *Fronteras*, n. 18, pp. 58-66.
- Denzin, N., y Lincoln, YS. (1994). *Introduction: entering the field of qualitative research*. California. Oaks
- Díaz, A., & Ramírez, R. (2017). *Interdisciplinariedad y salud mental comunitaria*. *Salud mental, comunidad y derechos humanos*, 207-222.
- Dornell, T. (2011). *La complejidad en los Cuidados: una cuestión de responsabilidad social compartida*. Carrasco A., Delfino M. y otros (coords)(2011) *El Cuidado Humano. Reflexiones (inter) disciplinarias*. AA Impresos, Montevideo.
- El Observador. (23 de marzo de 2023). *Cantidad de suicidios en Uruguay fue récord en 2022*. [Cantidad de suicidios en Uruguay fue récord en 2022 \(elobservador.com.uy\)](https://elobservador.com.uy)
- Fernández Castrillo, B. (2017). *Salud Mental y políticas públicas: algunas notas*. Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria-Universidad de la República (2017) *Salud mental, comunidad y derechos humanos*, 125-146. [8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf \(udelar.edu.uy\)](https://udelar.edu.uy/8-SaludMentalComunidadyDDHH.pdf)
- Ferreira, M. (2009). *Discapacidad, corporalidad y dominación: la lógica de las imposiciones clínicas*. In XXVII Congreso ALAS (pp. 000-062).
- Fuzul, R., Porteiro, M. F., Novoa, M. G., Mesa, L., Barrios, M. C., Rampa, G., & Trovero, G. (2018). *Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82(1).
- Garcés Trullenque E. M. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A>
- Garbus, P. (2012). *Accesibilidad a la atención en salud*. La revisión teórica de una categoría tan clásica, como de moda. *Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca*, 15-25.

Inju y Unicef. (2022). *Situación de bienestar psicosocial y SALUD MENTAL en adolescentes y jóvenes en Uruguay*. Área de Comunicación de UNICEF Uruguay. Extraído de: [Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay.pdf \(unicef.org\)](#)

Ley N° 18.211 .(2007). Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3713667.htm> [Acceso 18/05/19].

Ley N° 19.529 .(2017). Ley de Salud Mental. R.O.U. Centro de Información Oficial (IMPO). Publicada en D.O. 19 set/2017. Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS*. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (23 de agosto de 2019). *Documento 12/001/3/5738/2019. Actuación 4*. Extraído de: [Exp \(4\) \(1\).pdf \(www.gub.uy\)](#)

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (2020- 2027)*. Montevideo: MSP.

Ministerio de Salud Pública. (2022). *Indicadores Asistenciales ASSE 2010-2022*. Recuperado de: [Indicadores Asistenciales ASSE 2010-2022 | Ministerio de Salud Pública \(www.gub.uy\)](#)

Ministerio de Salud Pública. (14 de junio de 2022). *Presentación de datos Suicidios en Uruguay 2021*. [Presentación de datos Suicidio en Uruguay 2021 Uruguay, 14 de junio de 2022 \(www.gub.uy\)](#)

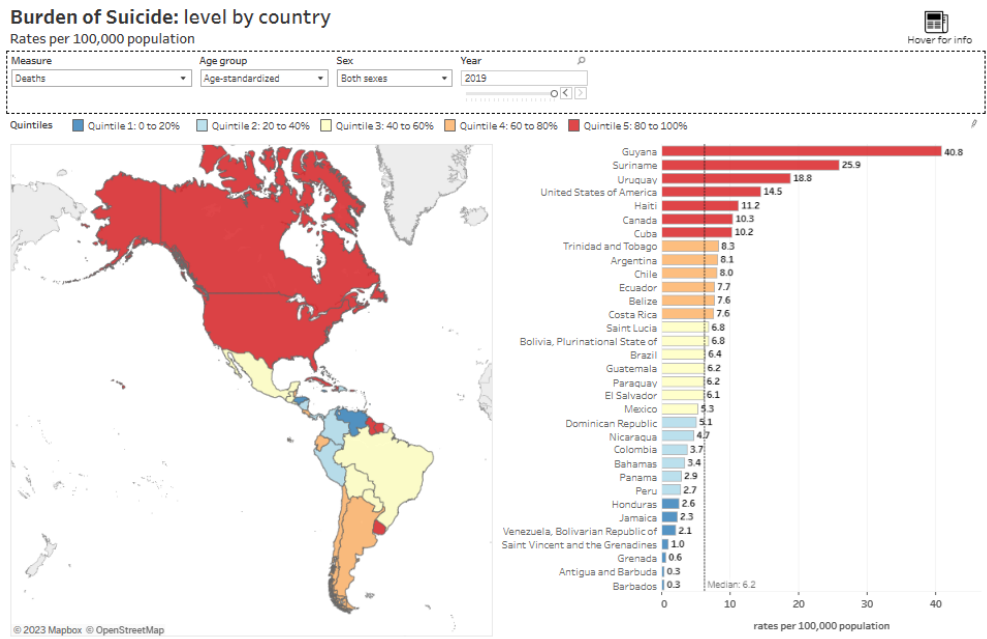
Novoa Bárcena, G. (2019). *Salud mental en el primer nivel de atención: la formación del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/27423/1/Novoa%2C Gabriela.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/27423/1/Novoa%2C%20Gabriela.pdf)

Organización Mundial de la Salud .(1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*. Ginebra: OMS.

- OMS. (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. [Salud mental: fortalecer nuestra respuesta \(who.int\)](https://www.who.int/fortalecer-nuestra-respuesta)
- OPS (2020). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: PERFIL DEL PAÍS*. <https://www.paho.org/es/file/73058/download?token=56VmtmcQ>
- OPS. (2021) *La carga del suicidio en la Región de las Américas*. Portal de datos ENLACE. Organización Panamericana de la Salud. [Internet] <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>.
- Palomo, J. C., & Ramajo, B. P. (2017). *El cambio en los modelos del trabajo social en salud mental: del modelo rehabilitador al modelo social*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, (24), 43-54.
- Quintana Peña, A. (2006). *Metodología de investigación científica cualitativa*. (Microsoft Word - Metodolog355a de Investigacion Cualitativa A.Quintana.doc) (udg.mx)
- Rydel Niski, D., Dogmanas, D., Casal, P., & Hidalgo, L. (2022). *El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay*. Psicología, Conocimiento y Sociedad. 12 (1), 132-158. [El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay \(scielo.edu.uy\)](https://scielo.edu.uy/El-Psicologo-en-el-Primer-Nivel-de-Atencion-de-Salud-desafios-para-Uruguay)
- Sarda, C. (2019). Resumen de investigación: Eventos traumáticos y la comunidad LGBTQ. American Psychological Association. <https://www.apaservices.org/practice/ce/expert/traumatic-events-lgbtq>
- Taylor, S.J. Y Bogdan, R. (1984). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Paidós Studio. Barcelona
- Tizón Garcia, J. L. (1992). *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. En Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria (pp. 381-381).
- Valles Martínez, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis sociológica.
- Vilella, M. B., Marcó, N. S., García, C. C., Saura, P. S., Massalles, E. I., & García-Oria, M. (2001). *Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria*. Relación con los servicios de apoyo especializados. Atención primaria, 28(1), 39-45.

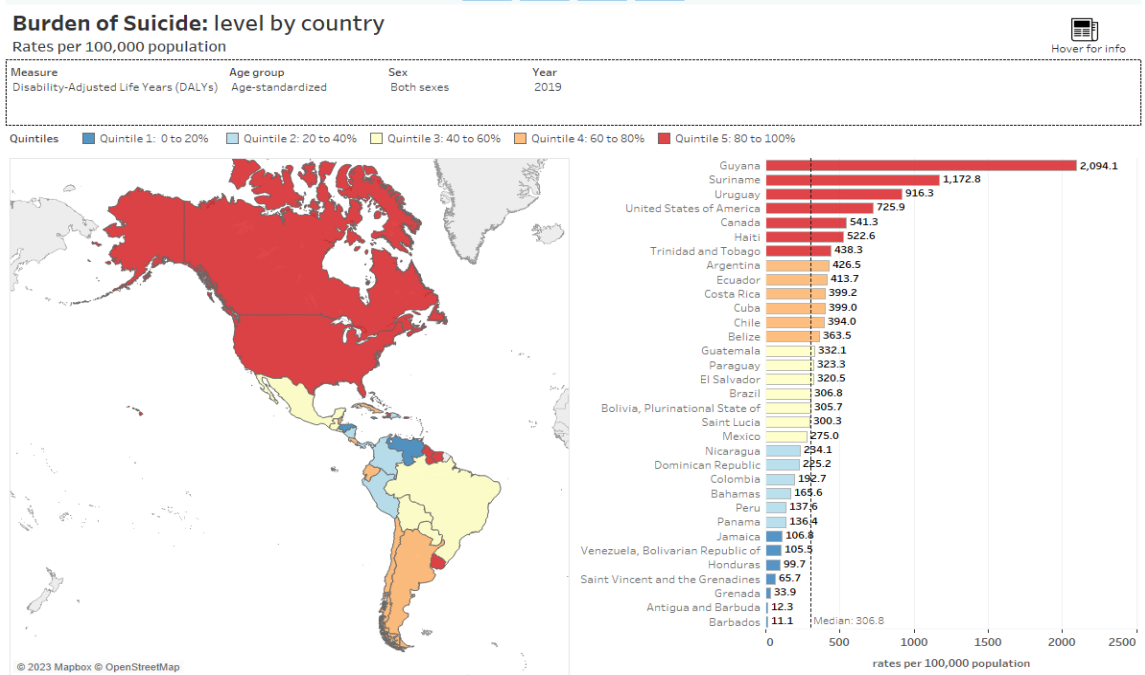
Anexos

Anexo 1: Tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes.



Fuente: OPS

Anexo 2: Años de vida por discapacidad cada 100.000 habitantes

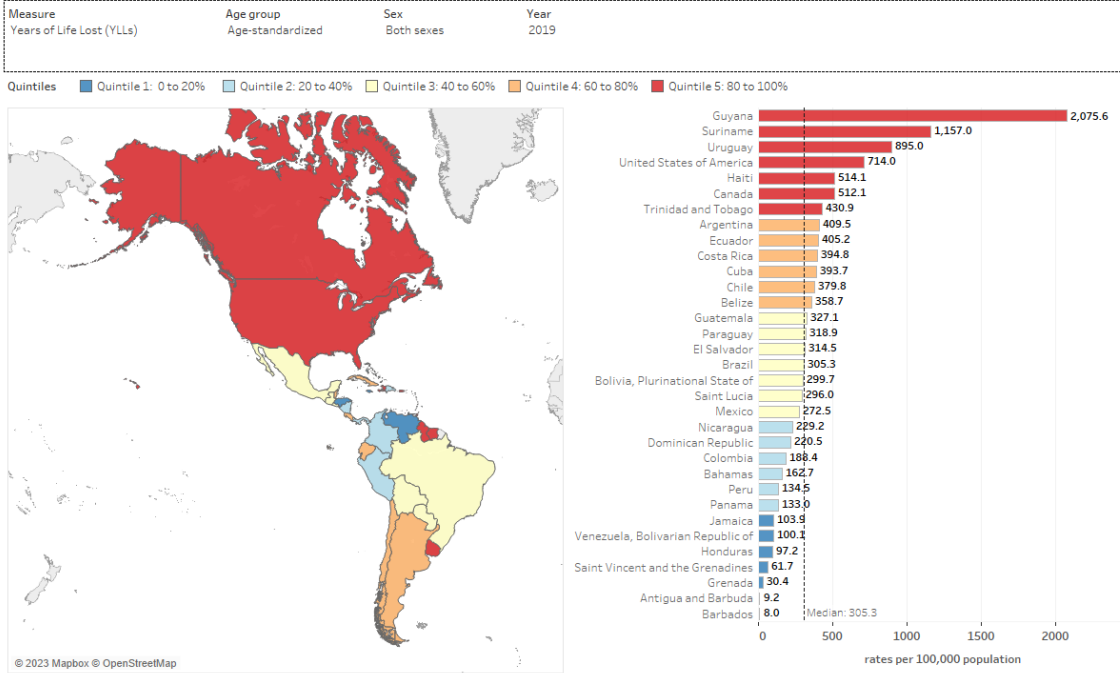


Fuente: OPS (2021)

Anexo 3: Tasa de años perdidos por muerte prematura (AVP) cada 100.000 habitantes

Burden of Suicide: level by country

Rates per 100,000 population

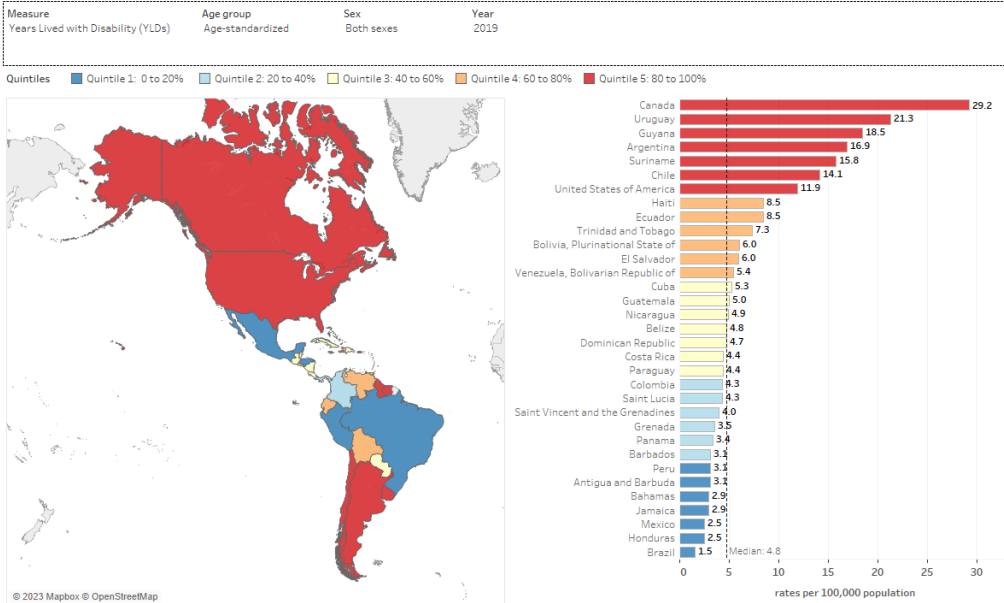


Fuente: OPS (2021)

Anexo 4: Tasa de años vividos con discapacidad cada 100.000 habitantes

Burden of Suicide: level by country

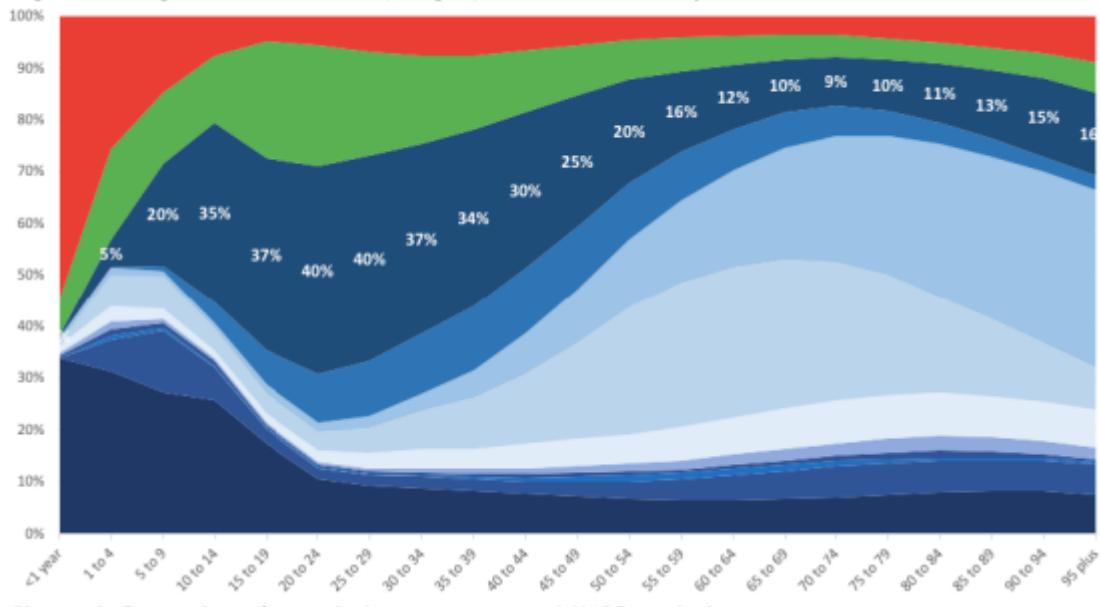
Rates per 100,000 population



Fuente: OPS (2021)

Anexo 5: Carga de enfermedad, por grupo de enfermedad y edad en Uruguay.

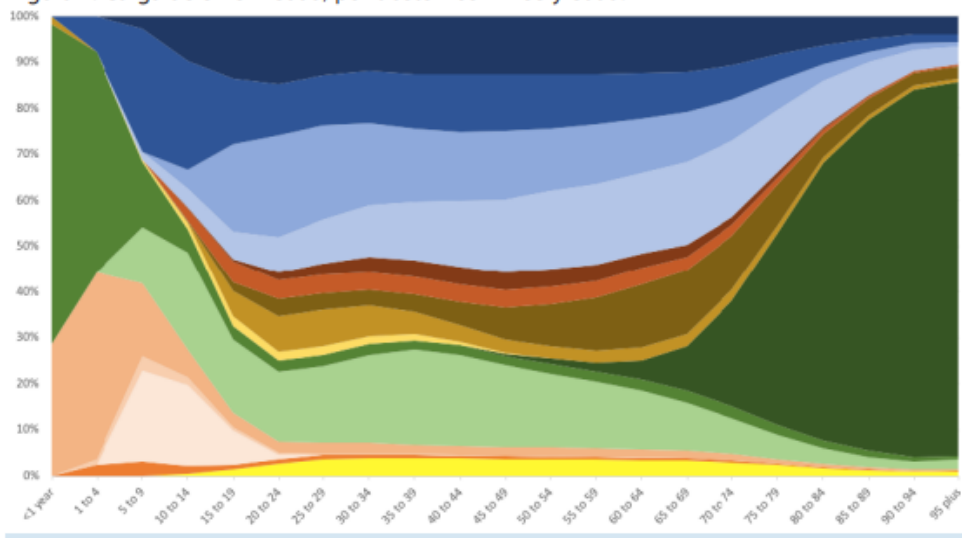
Figura 3. Carga de enfermedad, por grupo de enfermedad y edad.



Fuente: OPS (2020)

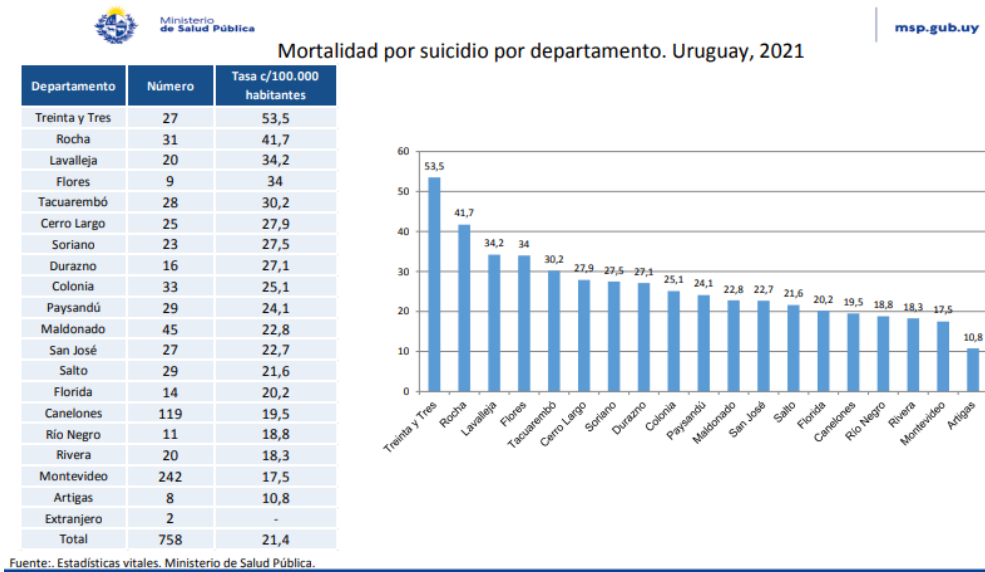
Anexo 6: Carga de enfermedad, por trastornos MNSS y edad en Uruguay.

Figura 4. Carga de enfermedad, por trastornos MNSS y edad.



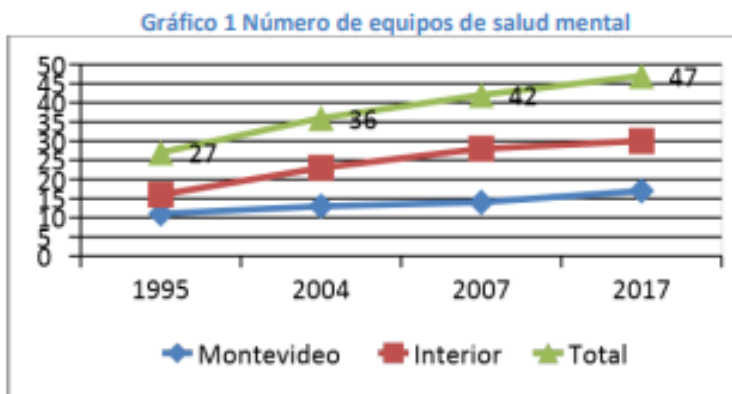
Fuente: OPS (2020)

Anexo 7: Mortalidad por suicidio por departamento. Uruguay, 2021



Fuente: MSP (2022)

Anexo 8: Números de equipos de salud mental en Uruguay entre 1995 y 2017



Fuente: MSP en Fuzul, Porteiro, Novoa, Mesa, entre otros. (2018).

Anexo 9: Evolución del número de recursos humanos en los Equipos especializados en SM por disciplina

Tabla 1 Evolución del número de recursos humanos en los Equipos especializados en SM por disciplina⁴

| RRHH de los Equipos de Salud Mental de ASSE | Montevideo | | | | Interior | | | |
|---|------------|------|------|------|----------|------|------|------|
| | 1995 | 2004 | 2007 | 2017 | 1995 | 2004 | 2007 | 2017 |
| Psiquiatras de adultos | 17 | 48 | 55 | 72 | 21 | 59 | 66 | 96 |
| Psiquiatras Pediátricos | 1 | 14 | 16 | 25 | | 21 | 24 | 30 |
| Psicólogos | 10 | 42 | 55 | 78 | | 47 | 58 | 108 |
| Lic. Trabajo Social | 2 | 15 | 19 | 23 | | 30 | 31 | 36 |
| Auxiliares de enfermería | 3 | 29 | 30 | 39 | 9 | 85 | 80 | 110 |
| Licenciada en enfermería | | 1 | 1 | 6 | 1 | 11 | 12 | 23 |
| Administrativo | 1 | 13 | 14 | 21 | | 23 | 23 | 29 |
| Técnico en rehabilitación | | | 4 | 4 | | 36 | 37 | |
| Otros | | | 10 | 19 | | | 8 | 29 |

Fuentes: DSM y PV de ASSE y Datos 1995⁵

Fuente: ASSE en Fuente: MSP en Fuzul,

Porteiro, Novoa, Mesa, entre otros.

(2018).