

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

**Salud mental en área rural:**  
**Las Toscas de Caraguatá - Departamento de Tacuarembó.**

**Claudia Gares**

**Tutor: Celmira Bentura**

**2012**

## AGRADECIMIENTOS

*Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

*Agradecer hoy y siempre a mi familia, todo esto nunca hubiera sido posible sin el amparo incondicional de ellos, a mi madre que fue el pilar fundamental en mi formación y educación como persona, mami gracias por tu apoyo y por la confianza que depositaste en mí, te quiero mucho.*

*A mi pequeño hijo Joaquín, porque con su sonrisa aprendí de que la vida está llena de satisfacciones interminables. A mi esposo Horacio, por el estímulo y el apoyo continuo, por estar presente en esas largas horas de trabajo de la tesis. Esto también es vuestro premio, los quiero con todo mi corazón.*

*A mis hermanos Nancy y Cristian, que desde lejos han estado a mi lado y me han brindado su apoyo y cariño.*

*No puedo olvidar a mis compañeros por los buenos y malos momentos, por aguantarme y por escucharme. A mis amigos, con los cuales he compartido muchos momentos, gracias por su ayuda, su atención y lo más importante su amistad. También debo agradecer a esta institución por permitir mi formación como profesional, como persona y como ciudadana.*

*Un sincero y enorme agradecimiento a mi tutora por el tiempo que me ha dado, por brindarme su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y haber afianzado mi formación como estudiante universitario.*

*Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en el desarrollo de este trabajo, ya que invirtieron su tiempo y conocimientos para ayudarme a completar mi proyecto de tesis.*

**GRACIAS.**

*"El Norte: unos lo llaman "lejano", otros "profundo", pero ninguno de los adjetivos se justifica fuera de la diversidad en una identidad común". (Dominguez Carlos, 2004).*

## INDICE

▪ <b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
▪ <b>CAPÍTULO I</b> .....	8
I.1.- Salud mental: ¿salud? o ¿enfermedad?.....	9
I.2.- Salud mental: mitos y creencias que rodean el término.....	11
I.3.- Enfoque de los Derechos Humanos en el campo de la Salud Mental.....	13
▪ <b>CAPÍTULO II</b> .....	17
II.1.- Breve recorrido histórico de la salud mental en la sociedad uruguaya....	17
II.2.- Reforma de las instituciones asilares.....	22
▪ <b>CAPÍTULO III</b> .....	27
III.1.- Características del sistema de salud uruguayo.....	27
III.2.- La reforma del Estado y el sistema de salud.....	29
III.3.- Atención Primaria de Salud (APS): conceptos básicos.....	33
III.4.- La Salud Mental en la Atención Primaria de Salud.....	35
III.5.- Programa Nacional de Salud Mental en APS.....	38
▪ <b>CAPÍTULO IV</b> .....	42
IV.1.- Reflexiones finales.....	42
▪ <b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	49
▪ <b>ANEXOS</b> .....	55

## INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde a la Tesis de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, perteneciente al Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. La elección del tema: "*Salud Mental en área rural*"<sup>1</sup>, pretende dar cuenta del trabajo de investigación realizado en el departamento de Tacuarembó en la localidad de Las Toscas de Caraguatá.

A partir de los discursos de profesionales de la salud, se obtuvo un primer acercamiento de las carencias que padece la población en materia de asistencia a la salud mental en dicha localidad, donde se percibe la ausencia absoluta de medidas relacionadas con la misma. Es posible plantear una serie de interrogantes que fueron señaladas al inicio de la investigación ¿por qué las prácticas médicas tendrán un papel tan importante?; ¿cómo se constituyeron en discursos portadores de "verdad"?

Cabe destacar que el interés por abordar el análisis del tema surge por un lado, a partir de las prácticas curriculares pre-profesionales, la misma se desarrollaron en el marco de la Atención Primaria de la Salud en la Policlínica del barrio Villa del Cerro y en el Centro de Salud de la zona de Maroñas, ciudad de Montevideo.

Por otra parte, como interés personal para profundizar en la temática, son excepcionales las áreas en que la salud mental está integrada a los servicios generales de salud, es necesario precisar que la salud mental es inseparable de la salud general. Consideramos que sólo es posible pensar en un concepto como el de salud si se piensa integralmente, como un producto que sintetiza las

---

<sup>1</sup>El Programa Nacional de Salud Mental – Asociación de Psiquiatría del Interior (1986) entiende por área rural, la zona ocupada por una población dispersa y núcleos poblados menores de 2000 habitantes, que diste más de 10 km. de núcleos urbanos o mayores de 2000 habitantes, con red vial escasa y de difícil tránsito, con medios de transportes que demoren más de treinta minutos en acceder a los servicios sanitarios.

condiciones en las que se desarrolla la vida social de individuos y colectivos y que actualiza la compleja interacción de múltiples determinantes, que a su vez adquieren diversas formas de manifestación.

Desde el punto de vista metodológico se ha recurrido al uso de estrategia cualitativa, apoyada en el análisis de fuentes secundarias -en especial se acudió a la revisión bibliográfica procurando un análisis enriquecedor de la temática- y de entrevistas en profundidad a informantes claves, seleccionados por su responsabilidad en el tema, por su vinculación en el área de la salud y por su labor profesional.

El objetivo general del trabajo fue problematizar el campo de la Salud Mental en una localidad del interior del departamento de Tacuarembó, Las Toscas de Caraguatá.

En consecuencia, **los objetivos específicos** son los siguientes:

- Debater conceptualmente el término de salud mental sustentándose en referentes teóricos que aportan particular y significativamente al objeto de estudio.
- Alcanzar un conocimiento crítico de la intervención en salud mental en Las Toscas de Caraguatá a partir de los discursos médicos y qué se debe realizar para que exista una cobertura adecuada en la localidad.

Es importante explicitar que toda conceptualización está sostenida por un posicionamiento ideológico, epistemológico y teórico. Por su parte, Custó expresa: *"definir criterios de salud y enfermedad, normal o anormal depende de las diversas culturas, del escenario social, económico y político y del modo de producción y de circulación del conocimiento de la sociedad"* (Custó Esther, 2008: 16).

En este sentido, se toma como referencia la definición de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS): *"como aquel estado sujeto a*

*fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio físico y social".* El concepto "salud mental" comprende todas las condiciones de existencia del ser social, trascendiendo los patrones clasificatorios propios de las ciencias médicas.

La OMS agrega, la salud mental es una materia de vital importancia en todo el mundo pues tiene que ver con el bienestar de la persona, de las sociedades y de las naciones y que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de desórdenes mentales o del comportamiento reciben en efecto un tratamiento. Concluye, los desórdenes mentales son producto de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

En cuanto a la ubicación geográfica, la localidad de Las Toscas de Caraguatá se encuentra al noroeste del departamento de Tacuarembó, más precisamente en la intersección de las rutas nacionales seis y veintiséis a 120 Km de la ciudad de Tacuarembó. Caraguatá limita con los departamentos de Rivera, Cerro Largo, y Durazno, se caracteriza por su extensión en número de hectáreas aproximadamente 276.000 en las cuales habitan 5500 habitantes.

La producción de la zona es básicamente agrícola-ganadera, con participación del rubro arrocero y alguna participación de actividades lecheras. Las restantes fuentes de trabajo provienen básicamente del sector público. La localidad ha tenido un desarrollo importante en el correr de los últimos quince años debido al mejoramiento de la caminería rural y la construcción del puente sobre el Río Negro que habilita el pasaje hacia la zona sur del país.

La electrificación y la telefonía rural están llegando a los predios rurales; los servicios médicos, de transporte, comunales, comerciales, deportivos, de recreación, están instalados en el centro poblado de Las Toscas, donde hay 340 viviendas de las cuales el 40% son de MEVIR con aproximadamente 1500 habitantes.

Con respecto a los servicios de salud cuenta con una policlínica referente a la Administración de Servicios de Salud de Estado -ASSE-, la misma atiende no solo a los habitantes de Las Toscas sino también de zonas aledañas. Recientemente se instaló una policlínica privada derivada de la Cooperativa Medica Tacuarembó -COMTA- que complementa el trabajo que se realiza en el área de la salud.

Con relación a redes sociales, el centro poblado cuenta con una comisión de fomento, comisión Pro-desarrollo, comisión de salud, grupo de apicultores, de horticultores y de artesanos. A nivel educativo encontramos un liceo rural y una escuela pública inscripto en la localidad de Las Toscas. Cabe señalar que son veinticinco escuelas rurales expandidas en todo el territorio de Caraguatá.

Existen zonas distantes que son partes de Caraguatá en un radio aproximado de 50 km que no cuentan con muchos de estos servicios enumerados anteriormente y tampoco tienen la misma calidad de vivienda de la zona central – Las Toscas-, encontrándose en algunos casos serios problemas de viviendas. Algunos ejemplos lo podemos visualizar en los pueblos: Las Pajas, Minuano, Las Naranjeras, Sarandí del Río Negro, Cinco Sauces, Las Viudas, entre otros.

El presente documento se organiza en los capítulos que se desarrollan a continuación:

En el primer capítulo se presenta el encuadre conceptual del término salud mental; para ello se realiza una revisión bibliográfica sobre el concepto salud

mental, tratando de dar cuenta de los mitos y creencias que rodean esta temática. Además se analiza brevemente la relación existente entre salud mental y Derechos Humanos.

El capítulo II recoge y expone desarrollos teóricos respecto de la salud mental en la sociedad uruguaya desde una perspectiva histórica, dialéctica, permanentemente determinada por el contexto político, económico y social.

En el capítulo III se plantea en líneas generales las características del sistema de salud uruguayo y la reforma del Estado. Por último, se enfatiza en las significaciones que los actores tienen de la problemática, fundamentalmente qué consideran los médicos respecto a la intervención en salud mental en la Atención Primaria de Salud Mental.

## **CAPITULO I**

Creemos necesario para la comprensión de nuestro objeto de estudio, procurar definir el concepto de Salud Mental debido que no es una definición única y acabada.

Marcelo Viñar (2012), presidente de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), manifestó en el Seminario "Salud Mental en debate", que no es fácil discernir las fronteras entre el sufrimiento psíquico atribuible al sujeto y el sufrimiento social atribuible a un mundo injusto, desquiciado y caótico, a un porvenir incierto de desastre ecológicos, guerras, agotamiento de materias primas esenciales y nada se soluciona psicologizando los conflictos políticos – sociales.

Según la muy amplia y conocida definición de la Organización Mundial de la Salud, la salud mental no se caracteriza solamente por la ausencia de enfermedad sino por un estado de bienestar biológico, psicológico y social.

Por otro lado, se va ha desarrollar en líneas generales los mitos y creencias que rodean el término de salud mental dado que los mismos están presentes en el momento de definir qué se entiende por Salud Mental.

Por último, se expondrá brevemente la relación existente entre "Salud Mental" y "Derechos Humanos" dado que ésta relación no ha pasado inadvertida para los organismos internacionales.

### **I.1.- Salud Mental: ¿salud? o ¿enfermedad?**

El concepto de salud mental implica tantas definiciones como enfoques epistemológicos y teóricos existen. Custo E (1998) señala que no sólo hay una definición única, sino que hay definiciones contradictorias. De modo que podría hablarse de argumentaciones en torno a la salud mental como un campo de fuerzas, de lucha de sentidos, en el que se enfrentan y confrontan concepciones del hombre y de la sociedad.

El concepto moderno de salud surge a partir de la concepción compleja y sistemática del ser humano como entidad psico- física y social, está representado por el estado en el cual el ser humano desempeña todas sus funciones, dentro de estos ámbitos, con normalidad.

La salud se califica a partir del estado integral del cuerpo, la mente, las relaciones con los otros y la comunidad organizada y con el ambiente en su sentido más amplio. El desequilibrio funcional en una o varias de estas relaciones, en su intensidad y persistencia provoca el deterioro de la salud en distintos grados y acarrea, siempre, consecuencias individuales y colectivas.

Blanco R (1991:271) es muy explícito respecto a este punto, *"la salud mental es el estado de bienestar mental y no la ausencia de enfermedad, y entonces dependerá de que el individuo esté en equilibrio favorable con su medio, que exista armonía en su estado físico, psíquico y social. La salud psíquica estará determinada por procesos de carácter social, ya que la interacción hombre/medio está condicionada socialmente"*.

En la patología mental se considera que la enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal; ésta no es sólo pérdida de la conciencia, adormecimiento de tal función, obnubilación de tal

facultad. La mayoría de los abordajes de la salud mental se encuentra comprendida a partir de su condición de negatividad, es decir, se focaliza en términos de negatividad la distinción entre lo "sano" y lo "enfermo", lo aceptado y lo no aceptable por el modelo imperante, hegemónico.

La enfermedad mental (cualesquiera que sean sus formas y grados de obnubilación que comporta) implica siempre una conciencia de enfermedad; el universo morbo no es absoluto en el que se anulan las referencias a lo normal; por el contrario, la conciencia enferma se desarrolla siempre con una doble referencia para sí misma: lo normal y lo patológico, o lo familiar y lo extraño, o lo singular y lo universal.

La dialéctica salud-enfermedad, como opuestos complementarios parte del propio proceso del que el ser social deviene en sus diferentes dimensiones: biológica y social, singular y genérica.

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual, laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Es la instancia esencial que permite a cada persona desplegar sus posibilidades, aun en los momentos difíciles.

En el abordaje de las temáticas de Salud Mental en nuestro país, se advierten algunas transformaciones, que han contribuido sin dudas a la construcción de un nuevo modelo asistencial en el área. Según Beatriz Fernández (2003) los cambios en el ámbito de la Salud Mental aun no involucran todas las acciones de las que debiera ser responsable toda la sociedad en su conjunto. Agrega que los cambios son de carácter paliativos en tanto abordan la enfermedad instalada, generalmente con alto costo porque despliegan estrategias sofisticadas de intervención farmacológica, internación y/o abordajes psicoterapéuticos prolongados.

La autora expone: *“las re-conceptualizaciones en las temáticas de Salud Mental articulan el sufrimiento mental con la subjetividad individual y colectiva y también con los factores de riesgo de la vida social a partir de re-valorizar al sujeto inmerso en una vida relacional y en un contexto social donde cobra especial sentido el fenómeno intrasubjetivo e intersubjetivo”* (Fernández, 2003:12). Por lo tanto, Salud Mental consiste en un estado fluctuante en el proceso vital de las personas en constante desafío con las condiciones de vida.

### **1.2.- Salud mental: mitos y creencias que rodean el término.**

Las concepciones actuales acerca de la terminología de salud mental, en cuanto a su construcción histórica, se ubica junto con el origen de la modernidad. Históricamente se definía salud como: “la ausencia de enfermedad en el cuerpo”. En la práctica, aun hoy para ciertos sectores sociales este criterio, lamentablemente, perdura.

Siguiendo a V. Giorgi (1988) podemos decir que, las características de la comunidad, su cultura entendida como “forma de vida”, sus concepciones acerca de la salud y la enfermedad, el nivel de autopercepción de sus necesidades, la capacidad organizativa así como de propuesta y participación junto con las condiciones generales de vida determinan la calidad de su problemática en relación a la Salud Mental y su capacidad para operar como autogestora de su propia salud.

Francis Bacon filósofo británico (1933), manifiesta que el conocimiento no puede superar lo que nos pueden decir las cosas mediante la observación y la experimentación. Es necesario liberarse de los prejuicios que obstaculizan las nuevas ideas. Los mismos son los “ídolos”, que Bacon clasifica de la siguiente manera: ídolos de la tribu, ídolos de la caverna, ídolos de la plaza pública e ídolos del teatro (ver ANEXO N° 1).

Durante siglos la enfermedad mental había sido atribuida a causas sobrenaturales como ser la brujería y posesión demoníaca; los enfermos mentales habían sido considerados con una mezcla de temor y rechazo<sup>2</sup>. Luego aparecieron los grandes hospicios, verdaderos "depósitos humanos" donde los enfermos recibían un trato indiscriminado y humillante.

En este sentido, Michel Foucault (1967) expresa que la "locura" en sus inicios está conformada desde una perspectiva ético/social, desde ese aspecto la situación de los "locos" podría modificarse solo desde una terapéutica moral, pero el origen del mal reconocía una etiología de tipo biológico.

No obstante, Giorgi V. (1988) menciona que el cuestionar el origen de esos "usos y costumbres" es vivido como peligroso, amenaza esa cosmovisión, que hasta ahora le ha permitido comprender y resolver sus problemas más sentidos. La destrucción del mito deja al hombre en una "angustiante situación de desvalimiento" a la vez que, paradójicamente abre el camino de la libertad.

Detrás de esa "cosmovisión" naturalizada, mitificada, aparecen indicios emergentes que la revelan como instrumento de sometimiento que legitima las situaciones de pobreza, carencia y explotación, pretendiendo presentarlas como "naturales". Aquello que hasta entonces nos parecía "natural" y que por tanto esperamos compartir con todos nuestros semejantes por el sólo hecho de "vivir en el mismo país y en la misma época"; se circunscribe a un sector de la sociedad.

El autor agrega: *"la enfermedad mental es un mito cuya función consiste en disfrazar y volver más asimilable la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas"* (Giorgi, 1988: 100). La adhesión a ese mito evita la confrontación con este problema, en la certeza de que la Salud Mental

---

<sup>2</sup> En el siglo XVII comenzó a decaer el poder de la Iglesia y la cosmovisión religiosa del mundo, con la superioridad de la razón y la experiencia. Surge el pensamiento científico; el conocimiento aumenta el poder del hombre: "Ciencia y poder humano, coinciden", de allí lo que Bacon lo denominó "saber es poder".

proporciona seguridad, bienestar y proyecto de futuro.

Quiroga (1992), define a la Salud Mental como la posibilidad de una adaptación activa a la realidad. Adaptación activa que se entiende como una relación transformante que implica una conciencia crítica, es decir, una superación de ilusiones encubridoras respecto de la propia realidad. Se define como lo opuesto a una adaptación pasiva, aceptación acrítica, estereotipada de normas y valores. Salud mental permanece en este planteo íntimamente ligada a aprendizaje, creatividad, relación libre entre el sujeto y el mundo.

A posteriori, se desarrollará la relación existente entre la temática salud mental y Derechos Humanos.

### ***1.3.- Enfoque de los derechos humanos en el campo de la Salud Mental.***

Es evidente que amplios sectores de la población desconocen el marco jurídico y normativo que permite orientar la atención y el tratamiento de los servicios de salud, y que prescriben, entre otros derechos: el consentimiento informado, las prestaciones básicas que debe garantizar el Estado, el derecho a la defensa jurídica en ocasión de privación de derechos como la intimidad o la libertad de circular.

La perspectiva de protección y defensa de los derechos humanos del paciente con sufrimiento mental comprende un abigarrado conjunto de leyes, normativas, acuerdos y pactos internacionales (ver ANEXO N° 2) que definen axiológicamente un modelo de acciones a adoptar y otorgan dirección y legitimidad al proceso de reforma. *"Precisamente, uno de los principales factores que han permitido colocar en la agenda pública cuestiones ligadas a la necesaria reforma de los servicios de salud mental son las Declaraciones, Recomendaciones y otros instrumentos de carácter normativo centrados en una perspectiva de*

*protección y defensa de los derechos humanos"* (Saforcada E; De Lellis M; Mozobancyk S; 2010: 62).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada por la ONU en diciembre de 1948, menciona que todo individuo tiene derecho a tener una buena salud mental. Para ello debe poder acceder a condiciones de vida de tal naturaleza que le permitan tener una vida en sociedad de una tranquilidad mínima, libre de pobrezas y angustias para él y su núcleo familiar, contar con una ocupación remunerada, descanso semanal y anual y lugares de recreación. Es decir, condiciones mínimas de bienestar, que operan como elemento de prevención en Salud Mental.

La salud es un derecho, el mismo se hace explícito en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (...)"*.

Constituye además un inestimable bien social y como tal hay que garantizar su vigencia y su efectividad, y ésta es una responsabilidad colectiva del conjunto de la sociedad y del Estado a quien corresponde la responsabilidad de garantizarla mediante el desarrollo de un sistema nacional de salud de cobertura universal e igualitaria que convoque a la más amplia participación, respaldo y compromiso de la comunidad y sus integrantes.

En 1990 la Declaración de Caracas, proclama la superación del modelo de asistencia psiquiátrica basada en el dispositivo asilar y la lucha contra los abusos y discriminación que sufre la población con problemas de salud mental.

Por otra parte, el informe presentado por el equipo del Mental Disability Rights International en 1993 (MDRI, Organización Internacional por los Derechos de Discapacitados Mentales) evidencia la situación de los derechos humanos del sistema de salud mental en Uruguay. El documento subraya que el sistema de salud mental uruguayo al depender exclusivamente de la internación y del tratamiento institucional trae como resultado la injustificada, innecesaria y potencialmente dañina hospitalización de personas perfectamente capaces de vivir y trabajar en la comunidad.

Entre los principales hallazgos de la investigación efectuada por el equipo Organización Internacional por los Derechos de Discapacitados Mentales –MDRI- (1995) sobre la situación de los derechos humanos en el sistema público de salud mental de Uruguay alude: *"(...) el sistema de salud mental debe soportar los efectos de una vasta serie de problemas sociales - entre ellos la pobreza, el desempleo, la falta de vivienda accesible y el desmoronamiento de los sistema de asistencia familiar- no necesariamente ligados con la salud mental. Estos problemas sociales no pueden ser resueltos exclusivamente por el Ministerio de Salud Pública o por los administradores de instituciones psiquiátricas.*

A pesar de la grave naturaleza de las preocupaciones concernientes a los derechos humanos en el sistema de salud mental de Uruguay y de la limitación de recursos disponibles para plantarse una reforma, Uruguay tiene un enorme potencial para progresar en este campo. El equipo de MDRI agrega que los elementos más sobresalientes del sistema de salud mental del Uruguay están en el potencial humano disponible y en la gran preocupación acerca de los problemas dentro del propio sistema.

Cabe señalar que varios de los problemas de derechos humanos enmarcados por el MDRI habían sido identificados por la Comisión Nacional de Salud Mental en 1986. El Programa Nacional de Salud Mental establece como meta la reestructuración de los servicios y la creación de un sistema de salud

mental primordialmente basado en servicios comunitarios. Este punto será analizado en profundidad en el capítulo siguiente.

En síntesis, todas las personas con padecimiento mental, o que estén siendo atendidas por esta causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, pues de este modo se preservan los demás derechos consagrados en la Constitución.

Por tal motivo, es importante el compromiso social de todas las instituciones que tienen como meta la difusión y reflexión en torno de los instrumentos de promoción de los derechos humanos como eje de las políticas públicas en salud mental.

## **CAPITULO II**

Si recorremos el espectro que se inicia con la gestación del modelo asilar, pasando por el modelo médico hasta llegar al psicosocial, nos enfrentaremos con las vicisitudes dramáticas en cada una de estas gestiones de promoción y realización del cambio.

En este capítulo, se pretende transitar por estos modelos que han estado funcionando como mojones, esenciales para la motivación de algunos ideales logrados en el campo de los derechos humanos.

### **II.1.- Breve recorrido histórico de la salud mental en la sociedad uruguaya.**

Para cumplir con la atención psiquiátrica se creó en 1860 el primer "Asilo de dementes" y en 1880 duplicada la población, se inauguró el Manicomio Nacional denominado Hospital Vilardebó a partir de 1910. *"En ambos lugares los responsables de la atención fueron inicialmente médicos y homeópatas y progresivamente médicos orientados hacia el estudio de la alienación mental, influidos en sus conceptos al igual que en el resto de la medicina, por la escuela médica francesa"* (Casarotti, 2007: 154).

El manicomio fue construido durante el período militarista (1875 – 1886) que siguió el agotamiento del viejo "Uruguay comercial, pastoril y caudillesco" (Caetano G, Rilla J, 1994). Esa construcción fue uno de los desarrollos del primer proyecto de modernización del país.

El aporte de Barrán se cree esencial para el tema de estudio -salud mental- en tanto enfatiza que esta nueva sociabilidad de principios del siglo XIX promovió distintas formas de sentir, de relacionarse con el mundo social y natural basadas en la represión y control de subjetividades, fundamentada en la instauración de un

orden que permitiera el desarrollo del sistema social capitalista.

El proceso de disciplinamiento coincide con el período en que el Uruguay se "modernizó", es decir, acompasó su evolución demográfica, tecnológica, económica, política, social y cultural a la de Europa capitalista. Proceso determinado por las características propias del estadio del desarrollo del capitalismo que se transitaba, así como también, las transformaciones en el saber médico y el creciente poder que adquiere esta profesión en este contexto. *"El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad"* (Barrán, 1992: 11).

El interés sociológico en el problema de la medicalización reside en que ella resume una modalidad bajo la cual el saber médico revela que *"(...) la salud, la enfermedad y el cuerpo empiezan a tener bases de socialización y, a la vez, se convierten en instrumentos de la socialización de los individuos."*(Foucault, 1976: 152-169).

Es pertinente señalar que la medicalización del espacio social no es apenas el resultado de impulsos endógenos del saber médico. Por el contrario, se trata de procesos generalmente asociados a transformaciones económicas, sociopolíticas y culturales de alcance societal. *"Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud"* (Foucault, 1990:97)

Los promotores de esta sensibilidad "civilizada" estuvo representado por las clases dirigentes en lo político-religioso, las "conservadoras" o privilegiadas en lo económico-social. *"Maestros, curas, y médicos, cuando buscaban convencer o imponer conductas y sensibilidades acordes con el nuevo Uruguay burgués despreciador del ocio y adorador del trabajo, partían de la base de que esos valores eran indiscutibles, lugares comunes de toda y cualquier cultura y orden social, por lo que alumnos, fieles y enfermos, solo debían descubrirlos en su*

*interior, es decir, internalizarlos para mejor respetarlos” (Barrán, 1990: 19).*

Por otra parte, Emiliano Galende (1994) plantea cuál es la relación entre la existencia de una o varias disciplinas que al generar los sistemas explicativos, es decir teorías, sobre el sufrimiento y la desdicha que llamamos salud mental, generan y legitiman forma de relación humana que sostiene al manicomio. El autor agrega: *“la institución manicomial instituye una relación compleja en la que es visible la estructura asimétrica del poder del “especialista” y sumisión del enfermo, quedando al mismo tiempo denegada, y por lo mismo “invisible”, la dimensión de representantes del poder, en su dimensión social, del especialista y la institución, y la de “representado” que asume el paciente” (Galende E, 1994: 58).*

De acuerdo a lo expuesto por Galende (1994) el manicomio representaba la “torre de los pobres”, el lugar donde separar y ocultar lo que afeaba el espacio público de la ciudad. Lo que se considera irracional, el desvarío y otras conductas que afean la vida de la ciudad son tratados del mismo modo que la intimidad burguesa trata a lo sucio y maloliente de sí, se lo separan del espacio público, se lo reprime hacia lugares “especiales”, se trata de que no se hable de ello.

Históricamente, el hospital o sanatorio psiquiátrico amparaba todo lo que era abandonado o para lo que la sociedad no tenía respuesta. Foucault (1967) ha hecho uno de los análisis más lúcidos del surgimiento, y por lo tanto del asilo, como uno de los núcleos constituyentes de la medicina mental. El autor señala que desde sus comienzos el manicomio es la figura central de la psiquiatría: la amenaza de encierro pende sobre todos los que, considerados enfermos por sí mismos o por otros, acudan al médico de lo mental.

Es pertinente señalar, que la internación en el hospital psiquiátrico era una consecuencia del hecho de que estas personas no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad y si seguían enfermas era por la misma razón, porque eran improductivas, inútiles para una organización social como ésta.

Hasta finales del siglo XIX el asilo monopolizó la institución asistencial psiquiátrica. *“Esta se correspondía fácilmente con las teorías organicistas, las mismas concluían en el diagnóstico, carentes de tratamiento y pesimistas en cuanto a la evolución de estas enfermedades”* (Galende 1990: 111).

En relación a lo anteriormente expuesto, Castel (1975) hace referencia a la ausencia total de “participación” en los procesos de toma de decisiones, en la lentitud con que se transmiten las informaciones haciendo uso de los circuitos más irracionales, la pérdida de tiempo y de energías, el hundimiento en la ociosidad en este híbrido cuartel y de fábrica del siglo XIX.

Basaglia (2008) menciona que los manicomios nacieron en un momento en el que el mundo estaba cambiando y nacía un nuevo humanismo, es luego de la Revolución Francesa cuando se reafirma la razón. Agrega *“una sociedad para ser civil, debe ser racional. (...) todo aquello que es irracional debe ser controlado por la razón. Es así como nace la institución racional del manicomio, que encierra a la irracionalidad”* (Basaglia 2008: 58).

La medicina mental como disciplina de lo psíquico surge en el seno de la modernidad que inaugura la Revolución Francesa y se extiende hegemoníamente en Occidente, sostenida por el humanismo iluminista. Galende (1990) expresa que el prestigio que cobra la medicina se debe a la expresión más acabada de ese humanismo y a una conciencia social que comienza a regirse por el ideal de una razón científica.

En el período de 1933 a 1936 Uruguay transitó por un período de quiebre institucional, durante el cual fueron aprobadas medidas legales relacionadas con los enfermos mentales, que aún están vigentes. Por un lado, el artículo 30 del Código Penal que reconoce la inimputabilidad<sup>3</sup> por patología mental, y por otro la

---

<sup>3</sup>Código Penal, Artículo 30: No es imputable aquél que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se halle en tal estado

Ley 9.581 sobre la organización de la asistencia psiquiátrica y la regulación de la hospitalización de los pacientes.

Casarotti, (2007) expone que partir de la segunda guerra mundial, Uruguay, después de un período de estabilidad político-social y de bonanza económica, se consolidó la Cátedra de Psiquiatría que integró conceptos dinámicos en paralelo con el desarrollo del psicoanálisis en el país.

Se esperaba que el equipo terapéutico, al reunir las diferentes dimensiones que se aceptaba intervenían en la enfermedad mental y su tratamiento unificaría doblemente al individuo enfermo por inclusión de todo lo que sobre él influía y al conocimiento, ya que por adicción, los distintos enfoques contienen un discurso totalizante.

Galende (1990) menciona: *"las reformulaciones de lo psiquiátrico generan un reordenamiento de la disciplina por inclusión de saberes y profesionales de ámbitos no médicos: la política a través de los sociólogos y los trabajadores sociales, la subjetividad histórica a través de las psicoterapias y el psicoanálisis, la llegada de antropólogos que incorporan la referencia cultural a la enfermedad. Se produce entonces un estallido de la disciplina médica y un reordenamiento transitorio a través de las soluciones interdisciplinarias y multidisciplinarias"* (Galende 1990: 199).

La atención psiquiátrica se hacía casi exclusivamente en la capital del país, sin organización y con carencia de programas de atención de salud pública. La "apertura" de los servicios psiquiátricos determinada por la evolución terapéutica, hizo sentir la necesidad de reorganizar la asistencia en patología mental.

---

de perturbación moral, que no fuere capaz o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdades apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico.

Así fue posible avanzar sobre los problemas históricos más importantes de la psiquiatría y de la salud mental: la segregación y concentración asilar de enfermos mentales y la incapacidad de introducir la psicoterapia a los servicios públicos. *"Sobre esas problemáticas históricas aún pendientes, la prevalencia de fin de siglo nos desafía agregando nuevos problemas, condicionados por el grave deterioro económico con claros síntomas de descomposición social y cultural. Para afrontar esta ardua y adversa problemática, los programas psicosociales y de psicoterapia resultan imprescindibles"* (Ginés, 2005: 33).

## **II.2.- Reforma de las instituciones asilares.**

Es pertinente señalar la crítica que sobre el modelo manicomial ejercieron representantes de la antipsiquiatría, los trabajos de inspiración historiográfica realizados por Michel Foucault (2001), el movimiento de desinstitucionalización iniciado en Estados Unidos durante la década de 1960 y la experiencia italiana de Reforma Psiquiátrica realizada durante los años 70 (Basaglia, 1980), la cual ha representado un hito significativo en el desplazamiento del paradigma asilar.

Por otra parte, es necesario enfatizar la relevancia que adquiere la participación comunitaria en la aplicación de los programas de atención a la Salud Mental; la participación de distintos sectores comunitarios no sólo es deseable, sino que constituye una necesidad fundamental como elemento regulador y de potenciación social, técnica y económica.

Con relación a lo mencionado anteriormente, Amarante (2004) plantea que la intervención cultural tenía como objetivo interferir en la producción del imaginario social en lo que respecta a la locura, a la enfermedad y al enfermo. *"El saber psiquiátrico construyó y legitimó, en gran parte, las representaciones sociales sobre tales temas, vinculándolos a las nociones de irresponsabilidad, peligrosidad e irracionalidad"* (Amarante, 2004: 205).

El autor entiende que la intervención debe iniciarse desde los propios usuarios y de los técnicos de la salud mental, siendo la estrategia más viable para transformar este imaginario, produciendo así una ruptura con las escalas de estigmas y prejuicios. Es en la propia organización de los nuevos servicios de salud mental, en los servicios de desinstitucionalización, que este efecto transformador del imaginario social es más eficaz y profundo.

Basaglia (2008) enfatiza que la transformación ocurrirá cuando, día a día, vayamos destruyendo los mecanismos de la institución. Y esto debe suceder con la participación de la comunidad. Debemos tener presente que no se alcanza la completa y perfecta desinstitucionalización pues se trata de un proceso permanente que dice respecto a los entendimientos culturales, sociales y técnicos en el lidiar con el sufrimiento, con las situaciones de diferencias y diversidades. Adoptar la desinstitucionalización significa también superar la burocratización o banalización de los nuevos proyectos, de las relaciones establecidas entre las personas envueltas en una institución.

Lo que rige el proceso de modernización en Salud Mental, con las transformaciones en las instituciones, sus técnicas, sus teorías, es también la llegada de nuevas demandas, nuevos sectores de población portadores de estas problemáticas, hacia las que apuntan las nuevas políticas de Salud Mental: la drogadicción, el alcoholismo, los ancianos, los trastornos de carácter y de adaptación, los trastornos psicosomáticos, los conflictos de pareja y familia. Es la inclusión de estos nuevos problemas lo que también transformó en caducos los saberes psiquiátricos y las instituciones manicomiales, forzando la búsqueda de otras respuestas prácticas y otras explicaciones teóricas.

*"El Estado tiende a desarrollar una política de doble faz respecto del sector salud: por un lado asume centralizar la información, normativiza a través de políticas sectoriales los modelos sanitarios, regula los sistemas de atención y financiamiento, y legisla sobre coberturas; por otro lado tiende a que la población y*

*los individuos asuman por sí mismos la gestión de su bienestar y su enfermedad y difunden la idea de participación comunitaria en todo lo referente a los cuidados de la salud” (Galende, 1990:188).*

En los comienzos de nuestro siglo se produce una revalorización general de las relaciones interpersonales y de las problemáticas subjetivas. Los movimientos de reforma psiquiátrica se dirigieron fundamentalmente a lograr un cambio en la situación de los enfermos internados, cuestionando en alguna medida los procedimientos terapéuticos principalmente las instituciones asilares. Hoy se afianza el concepto de no medicalizar ni psiquiatrizar situaciones psicosociales y que otros organismos y actores de la sociedad deben asumir la responsabilidad que les corresponde.

Ariel Montalbán (2005) plantea que la internación en los sanatorios psiquiátricos se realiza en general con diagnóstico que implica una estrategia de tratamiento con explicitación de las técnicas y los recursos para lograr los objetivos planteados, atención supervisada y evaluada; así gana espacio la idea de una internación el tiempo necesario y suficiente para lograr los objetivos planteados con una asistencia de óptima calidad.

Es importante señalar que *“la cronificación de ciertas patologías mentales y el deterioro personal no son sólo el producto del propio trastorno psicológico, sino que corresponden a la acción yatrogénica producida por una asistencia inadecuada recibida en instituciones psiquiátricas tradicionales y con recursos terapéuticos anacrónicos” (Aparicio, 1992: 14).*

En este sentido, Gregorio Kazi (2008), coordinador académico del Congreso de Salud Mental y Derechos, manifiesta: *“que para la lucha antimanicomial es indispensable una revolución de los paradigmas que operan la legitimación conceptual, orientando las prácticas, configurando los discursos y que por tanto*

*inciden en tramas representativas, imaginarios y subjetividades de los "profesionales" que, de un modo u otro reproducen la institución manicomial".*

¿Cómo podemos salir de la lógica del hospital o del manicomio? *Si queremos salir de esta situación, debemos tratar de construir un nuevo humanismo, debemos dar una nueva forma al hombre, debemos de crear los postulados por los cuales el otro no sea un enemigo. (...) Tanto para el enfermo como para nosotros hay una contradicción práctica entre lo que somos y lo que nos circunda. Es muy difícil mantener juntas la realidad de la cual somos parte, incluido el deseo egoísta de ser diferente de los otros, y la perseverancia en elegir la transformación de la realidad".* (Basaglia, 2008:67). El autor añade que nuestro mundo no puede ser transformado teniendo en cuenta sólo nuestros intereses, debemos considerar también a los otros.

En el campo de la salud mental, la innovación se da fundamentalmente en cuanto a la defensa de la dignidad de nuestros pacientes, la lucha constante contra la discriminación, la participación de familiares y trabajadores de la salud mental. Valdez (2009) agrega que todo proceso de reforma se encuentra colmado de contradicciones, avances disarmónicos y lucha de intereses, producto siempre inacabado de una praxis que bascula entre las posibilidades reales y las aspiraciones utópicas.

Con relación a lo mencionado anteriormente, el Dr. Lizardo Valdez (2009) enuncia que toda auténtica innovación evita la tentación del repetir tranquilizador, así como el pseudo "aggiornamiento" impostado y elige el volver a pensar abriendo nuevos caminos. Pone en tela de juicio nuestros saberes, asume renuncias a veces dolorosas, pero con la madurez necesaria para tomar lo mejor del pasado para construir el futuro.

Con relación a lo expuesto, René del Castillo (2012) menciona la necesidad de generar políticas educativas e inclusivas tendiente a la eliminación del estigma

y de la exclusión social hacia las personas con trastornos mentales y sus familias. Tender a la erradicación de la población asilar y al desarrollo de alternativas residenciales asistidas, tener distintos niveles y adecuarse a las situaciones y momentos especiales de las personas con trastornos mentales, tendientes a la desinstitucionalización y al logro de la calidad de vida digna.

Cabe enfatizar que lo verdaderamente innovador, es que se sigan habilitando las distintas experiencias que permitan en la diversidad disciplinaria y de orientaciones teóricas seguir cambiando, no aplicando "recetas" sino creando en cada lugar de acuerdo a las posibilidades y realidades las mejores condiciones para el bienestar de los usuarios y sus familias.

### **CAPITULO III**

En este capítulo se sintetiza el complejo problema de la Salud Mental actual enfatizando en las significaciones que los actores tienen de la problemática, fundamentalmente qué consideran los médicos respecto a la intervención en salud mental particularmente en zona rurales.

La necesidad de adquirir nuevo conocimiento siempre ha estado presente en el desarrollo de la Salud Mental, para ello los Programas deben llevarse a cabo a la luz de las particularidades culturales, sociales y económicas de los diferentes grupos poblacionales.

#### ***III. 1- Características del sistema de salud uruguayo.***

El modelo de atención dominante en el sector de la salud en Uruguay ha respondido a un diseño tradicional basado en una concepción epidemiológica, que focaliza en enfermedades de tipo contagioso y centra su abordaje en la curación, la intervención médica y la reparación de la salud. Las nuevas condiciones epidemiológicas señalan la necesidad de reorientar el modelo de atención hacia acciones de carácter preventivo, de educación y promoción de la salud, centrado en los hábitos, conductas y estilos de vida de las personas.

Los analistas han coincidido en señalar las crecientes inequidades del sistema como el problema principal de la actual estructura del bienestar en salud, expresado fundamentalmente en la brecha de calidad existente entre los servicios públicos y privados. *"(...) Ya sea, que comparemos la calidad de los servicios recibidos por usuarios con similares necesidades de atención - equidad horizontal- la adecuación de la estructura de servicios a las necesidades de diferentes grupos o patologías -equidad vertical- o los niveles de financiamiento globales per-cápita de los subsectores públicos y privado, en cualquier caso el sistema exhibe*

En los procesos de salud-enfermedad, las categorías biológicas o sociodemográficas como la edad, el sexo o el nivel económico sirven de base para una distribución desigual de riesgos. *"Un mayoritario porcentaje de la población queda inmerso en grados crecientes de stress, inseguridad y alineación, lo que también implica empobrecimiento de la identidad y desestructuración a nivel personal y familiar, y da cuenta de las causas del alarmante incremento en los índices de patología mental"* (Quiroga, 1992: 211)

Otro aspecto a destacar, es el papel que cumple el territorio como configuración espacial del riesgo en salud, para Javier Pereira (2005), la inequidad territorial en el aspecto sanitario se ve consolidada como resultado de una fuerte concentración de la indigencia en algunas zonas del país, asociadas a severas limitaciones en las capacidades de atención y contención de las redes de asistencia pública. Ello se puede ver reflejado en la localidad de Las Toscas de Caraguatá donde los recursos (humanos, económicos) en el área de la salud mental son escasos teniendo la población que trasladarse hacia la capital departamental para acceder a una atención especializada.

Con relación a la gestión, *"el sistema se caracteriza por falta de cohesión, superposiciones, inexistencias de planes integrales de inversión y desarrollo"* (Veronelli J, 1994: 83). Consecuencia de ello, es la desigual distribución de los recursos en el país, con tendencia a la concentración en determinadas áreas lo que determina una pérdida de eficacia y eficiencia en el uso de los recursos.

La desmotivación y el desgaste de los equipos de salud que trabajan en las zonas de mayor segregación muchas veces operan sobre las bases de estereotipos y la desvalorización de los usuarios, agregando nuevos obstáculos para el uso de los servicios. Esto tiende a fomentar las diferencias de salud entre los grupos que están dentro y fuera del territorio segregado, creando barreras

materiales o simbólicas que impiden el acceso a servicios de calidad.

En síntesis, reducir las brechas entre grupos en el ámbito de la salud contribuye no solo a mejorar las condiciones de salud y de vida, sino también a avanzar hacia una concepción de ciudadanía basada en el ejercicio de derechos básicos que refuerzan los sentimientos de integración y pertenencia.

### **III. 2- La reforma del Estado y el sistema de salud.**

El Estado, en función de cómo conciba su papel en relación a la salud de la población y de la enfermedad fijará, a través de sus organismos competentes los objetivos a perseguir y los lineamientos estratégicos para su consecución. En función de ellos tomará medidas jurídicas, organizativas, financieras y dará lineamientos a las instituciones que forman ese conjunto complejo que denominamos sistema de salud.

En Uruguay por normativa constitucional el Estado tiene la obligación de dar cobertura de salud a todos aquellos que no pueden acceder a ella, el artículo 44 de nuestra constitución establece: *"El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes"*.

A partir de marzo del 2005 se comenzó a instrumentar una ambiciosa reforma de la salud, orientada a crear un Sistema Nacional Integrado de Salud (ver ANEXO N° 3). *"Su objetivo es asegurar el acceso universal a los servicios de salud, guiado por principios de equidad, calidad y descentralización con fortalecimiento del primer nivel de atención"* (González T y Olesker D, 2005: 77).

Se busca asegurar la cobertura de salud a toda la población, articulándola en forma de Sistema Nacional de Salud, con una organización territorial local, superando las actuales superposiciones, dilapidación de recursos y al mismo tiempo las carencias graves que sufre la población más vulnerable.

Las innovaciones en el sistema de salud se plantearon en tres planos (Midaglia y Antía, 2007: 147):

- i. En el modelo de atención de salud, a través de la jerarquización del primer nivel de atención.
- ii. En la forma de gestión, mediante la articulación de servicios públicos y privados, con un órgano central de gobierno- la Junta Nacional de Salud-. El mismo se confía de planificar, dirigir y controlar el funcionamiento del sistema y de administrar el Seguro Nacional de Salud.
- iii. Se crea el Fondo Nacional de Salud a partir de la Ley 18131 aprobada en Mayo de 2007, se reúne todos los diferentes aportes a la seguridad social, iniciando el proceso de incorporación de todos los trabajadores de la atención en salud por vía de la seguridad social. Los usuarios del sistema tendrán derecho a su propia cobertura de salud, la de sus hijos menores de 18 años de edad y de su conyugue.

Toda innovación se apoya en una historia pasada, en la acumulación de saberes y experiencias de generaciones anteriores, es producto del encuentro de éste acervo de posibilidades, avances tecnológicos, junto con dificultades y nuevos desafíos ideológicos que atraviesan nuestro presente.

Queda así constituido el Sistema Nacional Integrado de Salud -Ley 18211- por las instituciones de Asistencia Médica Privada Particular y los seguros integrales que estén funcionando regularmente. Posteriormente, a partir de la Ley 18161 se crea en Julio del 2007 la Administración de Servicios de Salud de Estado -ASSE- como un organismo descentralizado (Ver ANEXO N° 3 y N° 4).

En el marco de un profundo proceso de reforma la Dirección de Salud Mental de ASSE instaurada en abril de 2008, circunscribe tres Unidades Ejecutoras: *dos de ellas vinculadas a la atención de pacientes agudos y crónicos reagudizados - Hospital Vilardebó y el Portal Amarillo- y la tercera unidad vinculada a la atención, contención y amparo de pacientes crónicos -las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi-. Además abarca una vasta red de atención en primer y segundo nivel de atención, con cuarenta y cinco equipos interdisciplinarios de salud mental: diecisiete focalizados en el departamento de Montevideo y veintiocho en el interior del país, así como referentes en adicciones en todo el país (Valdez, 2009:147).*

Así los integrantes de los Equipos de Salud Mental han tenido una participación permanente y decisiva en todos los programas prioritarios de ASSE: cesación del tabaquismo, adulto mayor, adolescencia, violencia, entre otros. Además se ha integrado en las distintas experiencias interinstitucionales con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), INAU, el sistema educativo, el Poder Judicial, la Junta Nacional de Drogas y las Intendencias Municipales. Este terreno interinstitucional de aprovechamiento de recursos de múltiples orígenes, es un carácter distintivo de esta administración y representa una respuesta creativa ante los viejos-nuevos desafíos.

Por su parte, Daniel Olesker (2009), entonces Ministro de Salud Pública, hizo referencia que con esta reforma del sistema de salud se busca básicamente tres cosas. La primera es darle equidad y justicia al sistema, es decir que todos tengan un acceso similar. Segundo principio es la sustentabilidad, hay una cantidad de medidas, algunas asistenciales y otras de orden económico-financiero que tienden a darles a las instituciones públicas y privadas sustentabilidad, que puede expresarse fácilmente como equilibrio entre ingresos y costos, adecuados a la atención sanitaria que brindan. Y el tercer principio que persigue esta reforma es la descentralización, la idea de que el sistema pueda funcionar sobre la base de una fuerte presencia en el primer nivel de atención.

Cabe mencionar que en setiembre del 2011 se da inicio al Plan de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual se enmarca en el contexto de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma Sanitaria. Los principales objetivos del Plan son: abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con la priorización de niños y adolescentes. La atención en salud mental es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.

Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables, como niños, niñas y adolescentes, personas con trastornos mentales, y trabajadores expuestos a condiciones de trabajo de mayor riesgo psíquico. Poner el acento en los colectivos que pueden ser multiplicadores de salud como docentes, y personal de la salud.

Los desarrollos del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) deberán incorporarse al SNIS al que el país se encuentra abocado, de acuerdo a los cambios en el modelo de atención, de gestión y siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios.

Dado que la salud mental es uno de los componentes de la salud integral de las personas, dentro del cambio de modelo resultan imprescindibles las acciones en Salud Mental, siendo condición necesaria priorizar y articular las mismas en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema, a fin de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia.

Con relación a lo expuesto, Viñar, M. (2012) agrega: *“Adhiero con entusiasmo la iniciativa de incluir a la salud mental como vector fundamental de una medicina integrada, veo un peligro en considerar como una especialidad más en una medicina atomizada en especialidades, fragmentada en parcelas que*

*desconoce*". Añade que la Salud Mental no es una especialidad como las demás, podemos afirmarlo desde la simple evidencia de que en todas y cada una de las consultas más orgánicas se pondrá en juego algo de la "mentalidad" del paciente, de su salud o enfermedad mental, que el médico tendrá que escuchar, para establecer su diagnóstico y conducir el proyecto terapéutico

En lo que refiere a la Atención Primaria de Salud y Atención Primaria en Salud Mental suele resultar complejo, y no sólo por motivos institucionales y teóricos sino porque de entrada las nociones, los propios términos de "Atención Primaria de Salud" y "Atención Primaria en Salud Mental" son muy discutibles. Por tal motivo, antes de entrar en su delimitación se expondrá brevemente qué entendemos por Atención Primaria de Salud.

### **III.3.- Atención Primaria de Salud (APS): conceptos básicos.**

La Atención Primaria de Salud (APS) significa todo un cambio en el enfoque de la Atención Sanitaria, según Jorge Tizón (1992) la APS debe ser integral e integrada, que sirva para toda la población y que cubra organizadamente todas las necesidades, flujos y especialidades de la asistencia sanitaria, de forma tal que se siga al paciente a lo largo de su proceso, desde la consulta previa hasta la rehabilitación.

*"La asistencia primaria, es además, el espacio pensado para educar sanitariamente al usuario y a la población; educar en el sentido de ofrecer unos elementos para identificar y cuidar de los problemas de salud individuales o colectivos, de los usuarios y de la población en general"* (Aparicio D, 1992:7).

Por otro lado, la APS tiene que ser activa, el modelo de "esperar a que los consultantes vengan" no es el de Atención Primaria, tiene que incluir el modelo de ir a la comunidad activamente, el modelo de prevención y promoción de la salud y ha de estar basada en equipos interdisciplinarios y biopsicosociales. La

comunidad ha de participar lo más posible en su organización, control y objetivos.

La APS ha de ser además programada y evaluable: *"ha de trabajar con programas concretos de salud, y ello significa además que, cuando se crean o se ponen en marcha programas, hay que poner en marcha al mismo tiempo los sistemas de evaluar estos programas: un método de trabajo que en el campo de la salud mental, se usa todavía en escasas ocasiones"* (Tizón: 1992:13).

La aplicación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud implicó poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud poniendo énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social.

Además, para poder cumplir sus criterios de difusión y verificación, la APS ha de incluir las actividades de docencia e investigación, única vía para ir alternando progresivamente el modelo obsoleto de medicina clásica.

La experiencia de APS en Tacuarembó se constituyó a partir de la conformación del Comité Departamental de Salud (1985) a instancias del Ministerio de Salud Pública (M.S.P) y de la intendencia Municipal de Tacuarembó (I.M.T). Lo integraron diferentes organismos públicos y privados, entre ellos: Obispado, Mesa Sindical, Comisión Interbarrial y Sindicato Médico, entre otras.

*"En reuniones plenarias se realizó un diagnóstico sanitario primario, a partir del cual se comenzó a subdividir ese comité en comisiones, referidas a diferentes temas, tratando de elaborar propuestas de trabajo en la búsqueda de soluciones a diferentes problemas".*(Seijo N, 1993: 99).

Además se conformó una comisión en el Área Rural que tenía como propósito: *"lograr facilitar la accesibilidad a los servicios de salud, con la*

*intervención de los organismos competentes y de la propia comunidad, pretendiendo cubrir la totalidad de la población rural, enmarcándose estas acciones en la estrategia de APS". (Seijo N, 1993: 101).*

Cabe señalar que la población residente en las zonas rurales demostró gran interés por el tema salud, ciertamente lo viven con gran preocupación, aunque la mayor parte de las veces, tienen un enfoque puramente asistencial<sup>4</sup>. La autora añade que la metodología en APS es ante todo participativa, elementos tales como información, coordinación, esfuerzo conjunto son fundamentales para aplicar dicha metodología.

Una vez realizada ésta descripción general, en las líneas que siguen se definirá de manera más estricta la salud mental de la población en el marco de la Atención Primaria de Salud.

#### ***III.4.- La salud mental en la Atención Primaria de Salud.***

Desde el punto de vista organizativo, pragmático, habría que considerar la Atención Primaria en Salud Mental como *"la atención a los problemas psicosociales y psiquiátricos de la población, siguiendo las características fundamentales de la línea de Atención Primaria de Salud"* (Tizón: 1992:19). El autor menciona que la Atención Primaria a la Salud Mental debería ser, aquella que cumpliera unos mínimos comunes con la APS y se hallase orgánicamente incluida en la misma.

Enfatiza que así como la APS, implicaría una concepción biopsicosocial con un cierto predominio de lo biológico, la Atención Primaria en Salud Mental ha de basarse en ese modelo biopsicosocial pero con predominio de lo psicológico.

---

<sup>4</sup> Para Seijo Nelly, la organización de la salud a nivel nacional es fuertemente asistencial, la mayoría de los profesionales del área de la salud, tal vez no los asistentes sociales ni los psicólogos, pero sí los médicos tienen un fuerte tono asistencial, por lo que los cambios siempre se tienen que hacer en forma paulatina, con sus marchas y contramarchas.

Otras características que debería presentar la Atención Primaria en Salud Mental, paralela a la línea global de la APS, consistiría en que la atención primaria ha de ser activa, no debe basarse tan sólo en el modelo de "la consulta" sino que debe incluir aspectos primariamente activos por parte de los profesionales implicados: prevención, promoción, entre otras iniciativas (ver ANEXO N° 8).

Esto nos hace cuestionarnos acerca de quién debe realizar las actividades de Salud Mental en la Atención Primaria, ¿La podrán realizar los médicos de cabecera? ¿La podrán realizar unos futuros médicos de cabecera con formación psicosocial? ¿O qué parte de tal actividad deberán dejar a cargo de los equipos especializados en salud mental?

Es pertinente señalar que el médico de medicina general es el que acoge la primera demanda del usuario, *"intuye dificultades del funcionamiento mental implicadas en la aparición del trastorno somático o problemas de la personalidad del enfermo que hacen prever la persistencia de una o diversas quejas somáticas. (...) Incluso puede tratarlas con psicofármacos o proponerse una determinada actitud humana, no eleva el disfuncionamiento a categoría diagnóstica y, por lo tanto, no lo incluye con el obligado rigor en la estructura terapéutica, en la prescripción médica apropiada o en la correcta orientación o derivación del usuario."* (Aparicio, 1992:7).

Tizón (1992) agrega que durante años, incluso en el momento actual, los médicos de cabecera y los pediatras están realizando una labor muy meritoria en el campo de la salud mental. Una labor que es muy poco reconocida, especialmente por los profesionales del "gremio de lo psicológico". Se los crítica por los métodos que utilizan, paternalismo, desatenciones, medicalización de los problemas, entre otras faltas.

Lo mencionado anteriormente, se puede constatar en la policlínica de Las Toscas de Caraguatá donde el médico de medicina general manifiesta su

inquietud debido que en la zona no cuentan con profesionales que aborden el campo de la salud mental, expresa:

*"los pacientes son atendidos acá y luego se lo derivan a la ciudad de Tacuarembó debido que carecemos de profesionales, no hay psicólogo, ni psiquiatra, ni asistentes sociales, que son importantes para la salud en general y para la salud mental en particular".*

El Programa Nacional de Salud Mental (1986) expone: *"Se propenderá a una mayor formación en salud mental del médico general dotándolo de aquellos conocimientos específicos en psicología médica que le permitan actuar eficazmente a nivel de la psicoprofilaxis".*

Para la autora Daniela Aparicio (1992), la alta tasas de prevalencia que suponen los trastornos mentales en el nivel primario, la frecuente relación salud mental – síntomas físicos, la finalidad de una asistencia integral en la filosofía de la APS o el propio estilo de trabajo de los profesionales de ese nivel asistencial son argumentos suficientes para plantear la necesidad prioritaria de un programa de salud mental en APS.

Cabe señalar, que la Cooperativa Médica de Tacuarembó (COMTA) presentó el "Plan de Salud Mental", el nuevo método se encuentra enmarcado en el contexto de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma de la Salud, con el nuevo plan se busca "priorizar el concepto de integralidad, en el cual son fundamentales los aspectos vinculados a la salud mental". A partir del 1º de diciembre del 2011 se comenzó a regir el nuevo plan de salud mental, el cual atiende los pacientes de COMTA y para ello es necesario contar con especialistas, psiquiatras y psicólogos para atender a niños y adultos.

Con relación al Plan de Salud Mental, el Dr. Martín Olivera (2012) manifiesta: *"Esas cinco consultas mensuales con cuatro pacientes cada consulta, nos parece a nosotros desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud bastante insuficiente, porque si bien se crea este servicio nuevo que no había hasta el 1º de diciembre, la cantidad de consultas que se dan son bastantes insuficientes para el gran número de patologías psiquiátricas que tenemos actualmente"* (Ver ANEXO N° 7).

Por su parte, el Jefe del Departamento de Salud Mental, Dr. Santiago Dos Santos, destacó que *"no hay salud si no tenemos salud mental y el servicio tratará de brindar asistencia en psicoterapia, que es fundamental para lograr una buena evolución de los pacientes"* (<http://www.avisador.com.uy>, diciembre 2011).

### **III.5.- Programa Nacional de Salud Mental en APS.**

A mediados de los ochenta, poco después de recuperar la democracia, el Ministerio de Salud Pública del Uruguay reunió una Comisión Nacional para estudiar la necesidad de una reforma del sistema de salud mental. El Programa Nacional de Salud Mental, presentado por la Comisión en setiembre de 1986, recomendó que el Uruguay "abandone el hospital" como lugar primario de los servicios de salud mental y que simultáneamente desarrolle servicios comunitarios en integrados un sistema nacional de salud.

Este Programa Nacional de salud mental (1986) se fundamenta en la necesidad de implementar un nuevo enfoque de la Salud Mental de la población y un cambio cualitativo en la atención del enfermo psiquiátrico. Ante el modelo individual, aislado e incordiando, es necesario proponer un modelo centrado en áreas de población, que utilice colectivamente los esfuerzos de todos los técnicos en salud mental y aplique todos los recursos terapéuticos disponibles.

El Programa Nacional de Salud Mental (1986) propone los siguientes objetivos generales: *"atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención. Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población"*.

Surge la necesidad de planificar las actividades de Salud Mental en forma coherente, progresiva y realista, especialmente cambiando el enfoque que se tuvo hasta el presente, o sea el de la atención psiquiátrica destinada exclusivamente a la asistencia.

En la última década asistimos a un cambio en la demanda de atención seguramente vinculada a múltiples factores: psicosociales, económicos, culturales, del sistema sanitario, avances en las disciplinas que comprende la Salud Mental, así como de los recursos terapéuticos, la defensa de los derechos de los pacientes con enfermedades psiquiátricas, el movimiento de los usuarios, etc. Por tal motivo, es imprescindible la confluencia de múltiples disciplinas y profesionales, de diferentes organismos, instituciones y actores para abordar estas problemáticas.

Con relación a lo expuesto anteriormente el Programa Nacional de Salud Mental (1986) plantea: *"(...) Un modelo asistencial centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental implícita, en mayor o menor grado, en el actual modelo centrado en los hospitales psiquiátricos. Se buscará desalentar la hospitalización psiquiátrica innecesaria o la prolongación de la misma. Asimismo, se desarrollarán aquellas formas de atención que mantengan al paciente en su lugar de residencia y en contacto con sus vínculos más significativos"*.

Es pertinente mencionar, que el Programa Nacional de Salud Mental (1986) presenta en sus antecedentes la carencia de una red de policlínicas zonales y las que existen se encuentran insuficientemente dotadas, con escasos recursos de prevención en Salud Mental. El mismo agrega, *"las instituciones de asistencia médica colectiva -IMAC- constituye un estilo de asistencia centrada en la actividad de consultorio, tipo "policlínica", sin que exista ningún tipo de programa de Salud Mental. El psiquiatra y el psicólogo cumplen su función en forma aislada (...). En las IMAC no hay servicios psiquiátricos organizados, con niveles administrativos y técnicos"*.

Con relación a lo expuesto anteriormente, el Dr. Fernando Alonso de la policlínica de ASSE y de COMTA de Caraguatá manifiesta que es mínimo el trabajo en el área de salud mental, expresa:

*"(...) la salud mental es muy difícil trabajar cuando no hay psicólogos, ni psiquiatras, se nos va de las manos. En la zona hay demandas, principalmente adultos, niños tenemos muy pocos; todos son derivados a Tacuarembó (...)". (Ver ANEXO N° 6).*

En efecto, el PNSM mostró fuertes carencias en metodologías apropiadas para evaluar y ajustar los cambios en curso y conocer la opinión de los actores. Resultó imprescindible, la investigación dirigida a estudiar los efectos a corto, mediano y largo plazo de los planes terapéuticos y la posibilidad de predecir qué procedimientos resultarían más efectivos para grupos particulares de pacientes y aun para cada paciente, con mejor desempeño costo – beneficio y en calidad de existencia.

Por otra parte, Ginés (2005) agrega que las aspiraciones contenidas en el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) tuvieron buen impacto sobre la psicoterapia histórica, enmarcada exclusivamente en el ejercicio profesional

liberal. Tres direcciones principales, ampliamente conectadas, se abrieron con el PNSM: la primera recogió la Atención Primaria en Salud como estrategia principal; la segunda dirección consistió en el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera apuntó a los nuevos modelos de asistencia integral de las personas que padecen psicosis y a la reestructura del Hospital Psiquiátrico y la Colonia de Alienados.

Con relación al PNSM, Rosanna Ferrarese (2012) menciona que para la elaboración del Plan se ha tomado a la salud como una configuración de riesgos lo que ha empobrecido la construcción conceptual de este campo a modelos teóricos reduccionista así mismo se ha considerado a la población como un conjunto unidimensional y cuantificado dividido en categorías, según el riesgo implica rechazar el colectivo, en tanto grupo humano, irreductible, social e histórico.

En suma: Ferrarese afirma que se da un desconocimiento de la capacidad de los usuarios y sus derechos en el planteo. Agrega, que otra actitud del sistema sanitario contribuiría a un encare respetuoso de la representación compleja de la realidad y de los derechos de la autodeterminación de los usuarios, aceptar que la certidumbre siempre nos esquiva especialmente en el padecer subjetivo.

## **CAPITULO IV**

### ***IV.1- Reflexiones finales:***

En el transcurso del presente trabajo se intentó demostrar las diversas concepciones que rodea al término salud mental; para ello se realizó una revisión bibliográfica sobre el concepto salud mental, tratando de dar cuenta de los mitos y creencias que envuelven a esta temática. Techera, Apud y Borges (2009), plantean combatir la estigmatización pública y la anomia en las instituciones, fomentando programas de sensibilización social sobre la temática y promoviendo en la educación pública espacios para tratar las preocupaciones relacionadas con la enfermedad mental.

Cabe mencionar, que las enfermedades mentales en las sociedad ha ido cambiando históricamente, en un pasaje que va desde lo mítico a lo científico, del azote a la asistencia, de la institucionalización a la desinstitucionalización, de lo demoníaco a la etiopatogenia, de hechiceros y exorcizadores a psiquiatras y psicólogos, de la hoguera al médico, del castigo a la curación, de lo individual a lo social, de lo absurdo a una motivación inconsciente, de la inutilidad a la función social.

Debemos tener presente que el campo delimitado por la Salud Mental es amplio, complejo y aunque requiere todavía precisiones en relación con sus alcances y límites, podemos afirmar que la Salud Mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad.

Resulta obvia la dificultad de trazar una barrera divisoria entre salud y enfermedad mental. Sin embargo, a pesar de esta dificultad, las antiguas afirmaciones de la psiquiatría y de la medicina, al considerar la salud como la ausencia de enfermedad o la falta de producción sintomatológica, se han ido

diluyendo para dar lugar a una concepción que considera al ser humano como una estructura dinámica biopsicosocial.

En este sentido, Aparicio A (1992) plantea que esta concepción de Salud Mental no es mas que una aproximación inacabada que habrá que seguir completando de forma progresiva, en el marco de la investigación y la actualización permanente del concepto, hoy en día se puede destacar que la Salud Mental se debe entender como un estado fluctuante en el proceso vital de las personas, donde interactúan elementos biológicos, psicológicos y sociales de forma tal que el ser humano pueda alcanzar una adecuación suficiente de sus conflictos que le permita una inserción creativa y participativa en su medio social; un estado mental provisto de recursos necesarios para afrontar los acontecimientos vitales de forma satisfactoria.

Paulatinamente se ha progresado hacia una revalorización de la comprensión del sujeto inmerso en la vida relacional, en un contexto social, a veces enriquecedor, a veces frustrante y limitador del potencial de la personas y de los grupos humanos. Todo esto ha contribuido a la reconceptualización de la salud y la enfermedad mental y sus posibles abordajes, proponiéndose otros modelos que comprenden al ser humano en esta nueva dimensión.

La situación actual de la Salud Mental en el Uruguay resulta incomprensible (y por ende inmodificable) si en su análisis no se supera el nivel de las "razones técnicas" y aún de las financieras para incluir las determinaciones históricas, políticas, institucionales, económicas e ideológicas que la generan y que hoy la sostienen operando como factores de resistencia al cambio.

En este sentido, René del Castillo (2012) expresa: debemos tener presente que pensar las políticas de salud mental es también ubicarse en conceptos vinculados a reforzamiento de valores, a la importancia y sentido que le damos como sociedad, a la vida que aspiramos para nuestro conciudadanos donde se

fortalezca la solidaridad, la responsabilidad comunitaria, la mejora de la salud integral, el avance y logros de la calidad de vida de cada uno de nosotros.

Es perceptible que debe trabajarse fuertemente en la inclusión de la salud mental en la agenda pública, a fin de promover un mayor interés de parte de la dirigencia política y la sociedad en general. Generar políticas educativas e inclusivas tendiente a la eliminación del estigma y de la exclusión social hacia las personas con trastornos mentales y sus familias. Tender a la erradicación de la población asilar y al desarrollo de alternativas residenciales asistidas, adecuarse a las situaciones y momentos especiales de las personas con trastornos mentales, tendientes a la desinstitucionalización y al logro de la calidad de vida digna.

Como bien lo señala Horacio Porciúncula (2012) director de Salud Mental de ASSE, es necesaria una actitud crítica y evaluación sobre lo hecho, esto nos impulsa a rediseñar estrategias. La salud mental no puede apuntar solamente a la supresión de un síntoma, a la utopía de bienestar, de adaptación o de felicidad sino a la capacidad de un sujeto para albergar sus conflictos de un modo creativo para transformar la rigidez del conflicto neurótico. Por tal motivo, nuestra reflexión (o análisis) en salud mental tiene que partir del conocimiento de estas condiciones concretas y de una definición de aquello que entendemos por salud mental.

Frente a la situación descripta, las soluciones sólo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la Salud Mental y a todos los recursos existentes en la comunidad. Para ello, los trabajadores de Salud Mental deben estar capacitados para ser efectores en los diferentes niveles de prevención, con énfasis en el primer nivel de atención para acompañar al movimiento regional de Salud Mental.

Con relación a las interrogantes planteadas al comienzo de este trabajo: ¿por qué las prácticas médicas tendrán un papel tan importante?; ¿cómo se constituyeron en discursos portadores de "verdad"?, es imprescindible detenerse a

reflexionar acerca de cuál es el papel del médico hoy, cuáles son los efectos de la ciencia y de la tecnificación creciente en su campo y en nuestra civilización.

Por ello, en acuerdo con Aparicio A: "(...) *Aquí es básica la posición ética del médico. Sostener una posición ética hoy se hace fundamental para no caer en la incitación universal del discurso político, cuyos riesgos representan un consumismo indiscriminado que reduce al paciente al anonimato de la masa y, por lo tanto, desvirtúa la figura del médico, que no puede ejercerse como tal*" (Aparicio A, 1992:18). Una ética abierta a la reflexión y al pluralismo de una realidad que debe ser abordada en toda su complejidad, respetando las especificidades de cada disciplina.

En cuanto al servicio de atención en salud mental<sup>5</sup>, es necesario establecer un sistema para mejorar la calidad del servicio en todas sus áreas (gestión, recursos humanos, materiales, tratamientos, entre otros) y desarrollar cursos especializados en áreas y avances importantes en el tratamiento de las enfermedades mentales. El Estado debería asegurar y apoyar estos avances apuntando a todos los profesionales de la salud y a quienes trabajan desde la comunidad.

De acuerdo a esta investigación, esta carencia en la atención se puede constatar en la policlínica (privada y de ASSE) de la localidad de Las Toscas, en palabras del Dr. Martín Olivera:

*"Actualmente en la localidad Las Toscas que es una policlínica rural, no contamos con profesionales que vengan regularmente que se den consultas por policlínica de salud mental en dicha localidad. Sería muy bueno que se pudiera llegar en algún momento a lograr hacer una policlínica en esta localidad lo que facilitaría muchísimo el acceso a la salud*

*integral a todos los pacientes, eso está bastante dificultado porque no tenemos la cantidad de psiquiatras, es decir, no hay la cantidad profesionales necesarios en el sistema” (ver ANEXO N° 7).*

Daniel Olesker (2010), entonces ministro de Salud Pública, mencionaba que la falta de servicios accesibles, es una de las causas determinantes de la migración y el despoblamiento actual de la campaña. En tal sentido, se analizará la viabilidad de realizar una propuesta financiera de compensación salarial para los equipos de salud de zonas rurales.

***Para finalizar, considero importante una última reflexión relacionada a la intervención del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.*** Siguiendo a Giorgi Víctor (1988) la estructura del campo de la Salud Mental en un determinado país depende, entre otras cosas, del Estado, de la dinámica de las instituciones asistenciales y formativas, del nivel de conocimiento teórico – técnico acumulado y de las características de la comunidad sobre la cual actúan.

El Trabajo Social debe estar en condiciones, entonces, de reconocer en los determinantes estructurales y coyunturales, los elementos que caracterizan la realidad social; del mismo modo que podrá identificar con mayor nitidez las limitaciones, los alcances y posibilidades del quehacer profesional.

El Trabajador Social tiene la posibilidad de ofrecer y generar un lugar, un espacio, una pertenencia, una identidad, una actividad deseable donde los sujetos puedan pensar y pensarse, confrontar ideas, experiencias y propuestas, es decir, donde den cuenta de algún intento colectivo como sujetos. Como expresara Custo Esther (2008), todo intento es una posibilidad y a su vez un desafío. Un desafío que algunas veces moviliza y desarrolla en distintos sectores la construcción de

---

<sup>5</sup> Recomendación realizada por la ONG Mental Disability Rights Internacional (MDRI) en 1995.

proyectos alternativos y lazos solidarios, acciones posibles, transformadoras y creativas, apostando a las utopías que sirven para caminar en este presente.

*"El/la Trabajador/a Social actúa en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y entre estos y el Estado. Desarrolla una praxis que incide en la reproducción material y social de la vida en una perspectiva de transformación social fortaleciendo la autonomía, la participación y el ejercicio de la ciudadanía, en defensa y conquista de los derechos humanos y la justicia social"*<sup>6</sup>. El Trabajador Social, que se desempeña en el contexto de la salud, en el Primer Nivel de Atención, comparte con otras disciplinas un mismo ámbito y un mismo objeto de intervención, aunque desde diferentes abordajes.

El Trabajador Social y su accionar darán cuenta de la vida cotidiana de los sujetos, los mismos demandan intervenciones a cuestiones atinentes a su vida general, a la satisfacción de sus necesidades básicas y muchas veces de las necesidades que surgen por el acontecimiento de su enfermedad en particular. *"La acción profesional como instancia mediadora entre sujetos, implica también una tarea educadora, en tanto promotor de la creación de espacios generadores de conciencia crítica y de ejercicio ciudadano"* (Ferreira S, 2003:122).

La demanda de intervención, busca modificar la realidad que viven los sujetos; así como los movimientos que tiene la demanda, constituye un proceso de construcción continua con los individuos. Con relación a ello, Cristina de Robertis (1988:96) plantea que los actores sociales antes de manifestar su demanda han pasado varias etapas (angustia, miedos, fracasos, resultados y respuestas no satisfactorias), en este momento, puede generarse una relación de dependencia o vulnerabilidad.

---

<sup>6</sup> ADASU: Definición de Trabajo Social de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Río de Janeiro, 8 y 9 de marzo de 2012.

Para conocer realmente la situación a intervenir, se tiene que superar el nivel de la demanda; en ocasiones la demanda no deja visualizar en su totalidad a la necesidad como tal, la cual se presenta como un problema fragmentado y eventual. *"El Trabajador Social se encuentra exigido por dos líneas de acción contradictorias y características: la coerción y el consenso, características que si bien no es exclusiva del Trabajo Social, aparece en esta disciplina con mayor intensidad"* (Iamamoto, 1997: 148).

Siguiendo a Cristina de Robertis (1988) podemos concluir, que el descubrir la motivación del sujeto para cambiar constituye, entonces, una clave esencial para el Trabajador Social en su intervención, el nivel de malestar que el sujeto siente en su situación actual y el grado de esperanza de alcanzar un cambio satisfactorio son datos esenciales y dinámicos en el proyecto de intervención.

### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- **Acosta, Luis:** *"Modernidad y Servicio Social: Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay"*. Disertación presentada al Curso de Maestrado UFRJ, 1997.
- **Amarante Paulo, Galende Emiliano, entre otros:** *"Salud Mental y Derechos Humanos, subjetividades, sociedad e historia"*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, 2004.
- **Aparicio, Daniela:** *"Monografía Clínicas en Atención Primaria, Salud Mental"*. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona, 1992.
- **Bacon, Francis:** *"Novum organum"*. Nueva Biblioteca Filosófica. Libro 1, págs 7-107. Madrid, 1933.
- **Bagnulo, Homero y otros:** *"Ante el riesgo del colapso: reconstruir el sistema de salud desde la gente"*, CLAEH, N° 89. Montevideo, 2004.
- **Basaglia Franco:** *"La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al Manicomio"*. Editorial Topía. Buenos Aires, 2008.
- **Basaglia, Carrino, Castel, Espinosa, Pirella y Casagrande:** *"Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial"*. Recopilación de Textos a cargo de Ramón García. Editorial Barral. Barcelona, 1975.
- **Blanco R; Portillo J. y San Martín H:** *"Teoría social de la salud"*, Departamento de Publicaciones de la Universidad de la República Montevideo, Uruguay. 1991.
- **Barrán, José Pedro:** *"Historia económica de la sensibilidad en el Uruguay"*, Tomo II: *"El disciplinamiento"*; Montevideo, 1990. Parte I, Cap I: *"El nacimiento de la sensibilidad civilizada y su entorno"*, Págs. 11-33.
- **Barrán, José. L:** *"Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900"*. En Libro 1 *"El Poder de Curar"*. Ed. Banda Oriental. Montevideo, 1992.
- **Borja, Jordi y otros:** *"Organización y descentralización municipal"*. Editorial

Universidad de Buenos Aires (EUDEBA). Argentina, 1987.

- **Caetano G, Rilla J:** *"Historia contemporánea del Uruguay de la Colonia al Mercosur"*. Montevideo, Fin de Siglo, 1994.
- **Carballeda, Alfredo:** *"La intervención en lo social"*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2002.
- **Casarotti, Humberto:** *"Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay"*. En revista de Psiquiatría del Uruguay, volumen 71, N° 2. Diciembre 2007 – Uruguay. Disponible en Internet: <http://www.spu.org.uy>
- **Castel R:** *"La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?"*. Editorial Manantial. Buenos Aires, 2004.
- **Cohen H, De Santos B, Fiasché A, Galende E, entre otros:** *"Políticas en Salud Mental"*. Editorial Lugar S.A. Buenos Aires, 1994.
- **Cousin S, Martín A, Ottonelli F:** *"Pautas para una nueva legislación en Salud Mental, desde la óptica de los DDHH"*. IELSUR. Uruguay, 1995.
- **Custo E:** *"Salud mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social"*. Editorial Espacio. Buenos Aires, 2008.
- **De Robertis Cristina:** *"Metodología de la Intervención en Trabajo Social"*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1988.
- **Delgado Juan M y Gutiérrez J:** *"Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales"*. Capítulo 8: "Sujeto y discursos: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". Ed. Síntesis S.A. Madrid, 1995.
- **Eco Umberto:** *"Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura"*. Editorial Gedisa. Barcelona, 1997.
- **Ferreira, Sonia:** *"La calidad de vida como concepto"*, Serviço social & Sociedade. Ed. Cortez. 2003.
- **Fernández Beatriz:** *"Informe Final: la salud en el Uruguay, una mirada desde*

- el Trabajo Social". En Metodología de Intervención Profesional I (MIP I)-Taller Salud, Universidad de la Republica-Facultad Ciencias Sociales. Montevideo, 2006.
- **Fernández Beatriz:** "Apuntes sobre vulnerabilidad social y salud mental. Un desafío disciplinario". En Revista Regional de Trabajo Social. Tema: Salud Mental y derecho ciudadano. Año XVI-Nº 27. Editorial Eppal. Montevideo-Uruguay, 2003.
  - **Foucault M:** *"Enfermedad Mental y Personalidad"*. Ediciones Paidós. Barcelona, 1991.
  - **Foucault M:** *"Historia de la locura en la época clásica"*. Edición Fondo de Cultura Económica. México, 1967.
  - **Foucault, M:** *"La Vida de los Hombres Infames"*. Ed. De la Piqueta. Madrid, 1990.
  - **Frankel D:** *"Etnoepidemiología en Salud Mental, el despertar de un paradigma"*. En Trabajos presentados al 1er. Simposio Uruguayo de Salud Mental en atención primaria de la salud. Editorial Oficina del libro AEM. Montevideo – Uruguay, 1994.
  - **Galende, E:** *"Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica"*. Editorial Paidós. Argentina, 1990.
  - **Galende, E:** *"De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual"*. Editorial Paidós Psicología Profunda. Argentina, 1997.
  - **Ginés Angel:** "Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el Sistema Integrado de Salud". En revista de Psiquiatría del Uruguay, volumen 69, Nº 1. Julio 2005 – Uruguay. Disponible en Internet: <http://www.spu.org.uy>
  - **Giorgi Víctor:** *"Vínculo, marginalidad, salud mental"*. Editorial Roca Viva. Uruguay, 1988.
  - **González T. y Olesker D.:** "Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud". Archivo Jurídico de la Junta Nacional de Salud y la Secretaría General

- y Acuerdos del MSP. En: Revista Uruguay Saludable-Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009.
- **Iamamoto, M:** *"Servicio Social y división del trabajo"*, Ed. Cortez. Sao Paulo. 1992.
  - **Liliana Barg:** *"Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes sus familias y la comunidad"*. Editorial Espacio. Argentina, 2006.
  - **Menéndez E:** *"El modelo médico dominante y las posibilidades de los modelos antropológicos"*. En Desarrollo Económico, vol. 24, nº 96. 1986.
  - **Midaglia C y Antía F:** *"La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?"*. En Revista Uruguaya de Ciencia Política, Nº 16. Montevideo, 2007.
  - **Mitjavila Myriam:** *"Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización"*. En Cuadernos del CLAEH, 2º serie, año 17. Montevideo-Uruguay, 1992.
  - **Montalbán Ariel:** *"El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades"*. En revista de Psiquiatría del Uruguay, volumen 69, Nº 2. Diciembre 2005 – Uruguay. Disponible en Internet: <http://www.spu.org.uy>
  - **Pastorini Alejandra:** *"Políticas Sociales y Servicio Social en el escenario neoliberal"*. En Temas de Trabajo Social, debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social. Montevideo, 2001.
  - **Pereira J, Monteiro L, Gelber D:** *"Cambios estructurales y nueva configuración de riesgos, desbalances e inequidades en el sistema de salud uruguayo"*. En Revista semestral de Ciencias Humanas Universidad Católica del Uruguay, PRISMA Nº 21. Tema: Dilemas sociales y alternativas distributivas en Uruguay. Montevideo, 2005.
  - **Piotti Diosma:** *"La dimensión centralización – descentralización y el proceso de reforma en el sistema de salud en el Uruguay"*. Departamento de Ciencia

- Política, Facultad de Ciencias Sociales, documento de Trabajo N° 6. Edición Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, 1998.
- **Piotti Diosma, Moreira Constanza, Setaro Marcelo, entre otros:** *"Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada"*. Ediciones de la Banda Oriental, Colección Política Viva. Uruguay, 2002.
  - **Quiroga P. Ana:** *"Enfoques y perspectivas en psicología social. Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon Riviére"*. Ediciones Cinco. Argentina, 1992.
  - **Saforcada E, De Lellis M, Mozobancyk, S:** *"Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano"*. Ediciones Paidós. Buenos Aires, 2010.
  - **Seijo Nelly:** "Experiencias de APS en Tacuarembó. Desarrollo Atención Primaria de la Salud MSP- IMT- GTZ". En: Participación social en salud. Coedición ARCA-CLAEH. Montevideo, 1993.
  - **Silva Cecilia:** "Investigar e intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer. Aportes para el debate sobre la dialéctica salud-enfermedad". En Revista Regional de Trabajo Social. Tema: "Intervención profesional en Programas Sociales". Año XXI- N° 41. Editorial Eppal. Montevideo-Uruguay, 2007.
  - **Techera A, Apud I, Borges C:** *"La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay"*. CSIC, Universidad de la República. Uruguay, 2009.
  - **Tizón Jorge:** *"Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria"*. Ediciones Doyma, S.A. Barcelona, 1992.
  - **Valdez Lizardo:** *"El cambio en el cambio"*. Jornada: Intercambio de Experiencias Innovadora en Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Organización Panamericana de la Salud. Edición I.M.M. 24 julio 2009, Uruguay.

- **Valles Miguel:** *"Técnicas cualitativas de investigación"*. Capítulo 6: "Técnicas de conversación, narración: las entrevistas en profundidad". Ed. Síntesis S. A. Madrid, 1999.
- **Veronelli, J. C; Nowinski A; Horetche A; Roitman B:** *"La salud de los uruguayos"*. Editorial Nordan – Comunidad. Montevideo, 1994.
- **Villar, H:** *"La salud una política de Estado"*, Imprenta Graafinel. Uruguay, 2003.

#### Fuentes documentales:

- <http://www.avisador.com.uy>: Consultado mayo de 2012.
- <http://www.msp.gub.uy>: Programa Nacional de Salud Mental. Consultado el 25 de noviembre 2009.
- <http://www.espectador.com.uy>: entrevista con el economista Daniel Olesker, director general de Secretaría del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- <http://www.montevideo.gub.uy>: descentralización IMM. Consultado el 22/02/2010.
- *"Diez años de descentralización, un debate necesario"*. Departamento de descentralización, Intendencia Municipal de Montevideo. Realización grafica Glyphos, 2001.
- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública (MSP). Montevideo, 1986.
- Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Mental Disability Rights International. Proyecto del Center for Human Rights, Humanitarian Law. Washington, D.C. Junio, 1995.
- Catillo R, Viñar M, Ginés A, Ferrarese R, Porciúncula H: Seminario "Salud Mental en debate", lunes 4 y martes 5 de junio de 2012. Facultad de Psicología, Montevideo.