

Beatriz
Fernández Castrillo

Texto, pretexto
y contexto
de las innovaciones
en política
de Salud Mental
en el Uruguay
progresista

Beatriz Fernández Castrillo

TEXTO, PRETEXTO Y CONTEXTO
DE LAS INNOVACIONES
EN POLÍTICA DE SALUD MENTAL
EN EL URUGUAY PROGRESISTA

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la csic, integrada por Alejandra López, Luis Bértola, Carlos Demasi, Fernando Miranda y Andrés Mazzini ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2015.

Orientador: Prof. Alicia Stolkiner
Universidad de Buenos Aires (UBA)

© Beatriz Fernández Castrillo, 2015
© Universidad de la República, 2017

Ediciones Universitarias,
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR)

18 de Julio 1824 (Facultad de Derecho, subsuelo Eduardo Acevedo)
Montevideo, CP 11200, Uruguay
Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906
Telefax: (+598) 2409 7720
Correo electrónico: <infoed@edic.edu.uy>
<www.universidad.edu.uy/bibliotecas/dpto_publicaciones.htm>

ISBN: 978-9974-0-1448-0

CONTENIDO

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Roberto Markarian</i>	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
RESUMEN.....	11
PRÓLOGO, <i>Emiliano Galende</i>	13
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPÍTULO 1. ESCENARIOS Y CONTEXTOS	21
Escenarios históricos sociales del Uruguay reciente.....	21
Escenarios históricos del Sistema de Salud Mental en el Uruguay.....	29
Escenario de la reforma de la Salud en el Uruguay progresista.....	34
CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL.....	41
Notas sobre el par dialéctico malestar-bienestar.....	42
Notas sobre bienestar.....	46
Notas sobre la polisemia del concepto Salud Mental.....	49
CAPÍTULO 3. ANTECEDENTES.....	59
La expansión de la investigación en psicoterapia.....	59
El usuario como informante calificado.....	64
Antecedentes de estudios sobre Salud Mental en el Uruguay.....	66
CAPÍTULO 4. PRETEXTOS, PROPÓSITOS E INTERROGANTES	73
Por qué y para qué del estudio.....	73
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA.....	77
Algunas precisiones preliminares.....	77
Diseño del estudio.....	78
Algunos problemas metodológicos de estas investigaciones.....	80
Dominio Empírico-Universo.....	81
Fuentes.....	82
La selección de informantes.....	83
Técnicas de recolección de datos.....	85
Aspectos éticos.....	92
CAPÍTULO 6. PRINCIPALES RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	95
Presentación de resultados.....	95
El contexto asistencial en la esfera pública.....	113
El contexto asistencial en la esfera privada mutual.....	127
Sobre la perspectiva de los actores implicados.....	145

CAPÍTULO 7. PARA FINALIZAR	181
Algunas conclusiones.....	181
FUENTES DOCUMENTALES	189
BIBLIOGRAFÍA.....	195
ANEXOS	205
Consentimiento informado	205
Cuaderno de notas de usuarios representantes en la Junasa.....	207
Cuaderno de notas del relevamiento de usuarios encuestados	212
Cuaderno de notas Grupo Focal. Reunión 17 de agosto de 2012	224
Cuaderno de notas Grupo Focal. Reunión 24 de setiembre de 2012	227
Cuaderno de notas Grupo Focal. Reunión 1.º de octubre de 2012.....	230
Cuadros encuesta a usuarios.....	233
Cuadros reunión de la Junasa	251
Pauta general de entrevistas	266
Pauta reunión representantes de los usuarios ante la Junasa.....	269
Encuesta a usuarios.....	271

A Pedro, Sofía, y Javier

Presentación de la Colección Biblioteca Plural

La Universidad de la República (Udelar) es una institución compleja, que ha tenido un gran crecimiento y cambios profundos en las últimas décadas. En su seno no hay asuntos aislados ni independientes: su rico entramado obliga a verla como un todo en equilibrio.

La necesidad de cambios que se reclaman y nos reclamamos permanentemente no puede negar ni puede prescindir de los muchos aspectos positivos que por su historia, su accionar y sus resultados, la Udelar tiene a nivel nacional, regional e internacional. Esos logros son de orden institucional, ético, compromiso social, académico y es, justamente, a partir de ellos y de la inteligencia y voluntad de los universitarios que se debe impulsar la transformación.

La Udelar es hoy una institución de gran tamaño (presupuesto anual de más de cuatrocientos millones de dólares, cien mil estudiantes, cerca de diez mil puestos docentes, cerca de cinco mil egresados por año) y en extremo heterogénea. No es posible adjudicar debilidades y fortalezas a sus servicios académicos por igual.

En las últimas décadas se han dado cambios muy importantes: nuevas facultades y carreras, multiplicación de los posgrados y formaciones terciarias, un desarrollo impetuoso fuera del área metropolitana, un desarrollo importante de la investigación y de los vínculos de la extensión con la enseñanza, proyectos muy variados y exitosos con diversos organismos públicos, participación activa en las formas existentes de coordinación con el resto del sistema educativo. Es natural que en una institución tan grande y compleja se generen visiones contrapuestas y sea vista por muchos como una estructura que es renuente a los cambios y que, por tanto, cambia muy poco.

Por ello es necesario:

- a. Generar condiciones para incrementar la confianza en la seriedad y las virtudes de la institución, en particular mediante el firme apoyo a la creación de conocimiento avanzado y la enseñanza de calidad y la plena autonomía de los poderes políticos.
- b. Tomar en cuenta las necesidades sociales y productivas al concebir las formaciones terciarias y superiores y buscar para ellas soluciones superadoras que reconozcan que la Udelar no es ni debe ser la única institución a cargo de ellas.
- c. Buscar nuevas formas de participación democrática, del irrestricto ejercicio de la crítica y la autocrítica y del libre funcionamiento gremial.

El anterior rector, Rodrigo Arocena, en la presentación de esta colección, incluyó las siguientes palabras que comparto enteramente y que complementan adecuadamente esta presentación de la colección Biblioteca Plural de la

Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic), en la que se publican trabajos de muy diversa índole y finalidades:

La Universidad de la República promueve la investigación en el conjunto de las tecnologías, las ciencias, las humanidades y las artes. Contribuye, así, a la creación de cultura; esta se manifiesta en la vocación por conocer, hacer y expresarse de maneras nuevas y variadas, cultivando a la vez la originalidad, la tenacidad y el respeto por la diversidad; ello caracteriza a la investigación —a la mejor investigación— que es, pues, una de las grandes manifestaciones de la creatividad humana.

Investigación de creciente calidad en todos los campos, ligada a la expansión de la cultura, la mejora de la enseñanza y el uso socialmente útil del conocimiento: todo ello exige pluralismo. Bien escogido está el título de la colección a la que este libro hace su aporte.

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Mayo, 2015

Agradecimientos

A la Prof. Alicia Stolkiner por su generosidad, orientación, rigurosidad y confianza; pero por sobre todo por su apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional de Lanús de Argentina por haberme permitido acceder al Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria en esa prestigiosa casa de estudio.

A su director, el Prof. Emiliano Galende y por su intermedio a todos los docentes que generosamente han compartido sus saberes con nosotros y nos han estimulado tanto en este emprendimiento. Un especial reconocimiento para el Prof. Francisco Torres y la Prof. Sandra Saldivia que me guiaron en la búsqueda de instrumentos.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), por incluirme en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) desde el primer llamado en 2009 y al apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC).

A la Facultad de Ciencias Sociales y al Hospital de Clínicas, que confiaron en mi compromiso y habilitaron el espacio para pensar en la interfase sociopolítica que es objeto de este estudio.

Al equipo del Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales que me asesoró en el procesamiento de la información. También agradecer los aportes de los expertos consultados, pertenecientes al Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas y a la Red de Investigación en Psicoterapia en el Uruguay.

A la población entrevistada, y al pueblo uruguayo por entender que la formación de alto nivel puede contribuir en la solución de los problemas de la sociedad y que, a pesar de todo, sigue confiando en una Universidad cogobernada, pública, laica y gratuita.

A mi madre y a mis hermanos de sangre y de la vida; a mis hijos y a mi compañero de tantas horas a quienes estoy ligada desde mi pasado hacia el futuro.

Resumen

Esta investigación propone realizar una revisión de la situación actual de las prestaciones en Salud Mental en el escenario de las Reformas del Estado y de profundización de las transformaciones en las políticas incentivadas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La propuesta programática del gobierno de izquierda uruguayo da prioridad en la agenda pública a la implementación de nuevas prestaciones en la atención a la Salud Mental de la población para disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales en el acceso a estos recursos terapéuticos. A tales efectos, se decreta en 2011 el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental y se determina la obligación de incorporar cambios en el modelo de atención por parte de todos los prestadores integrales de Salud. El estudio tiene como propósito realizar un corte en los primeros dos años de puesta en marcha de este plan, previsto para ser desarrollado a lo largo de un quinquenio. El diseño se inscribe en la triangulación metodológica con énfasis cualitativo, de tipo descriptivo, exploratorio evaluativo e interpretativo relacional sobre la base de un muestreo teórico e intencional. La flexibilidad del diseño combina referentes teóricos, fuentes de datos y procedimientos, a efectos de una aproximación comprensiva del objeto de estudio. Se realiza un relevamiento de fuentes secundarias relativas al marco legal y se revisan los determinantes históricos y contextuales que dan origen a esta política pública. Con base en el relevamiento cuantitativo, se trata de ordenar información heterogénea y dispersa, y se detallan los datos en cifras aportados por los efectores integrales al Ministerio de Salud Pública (MSP), (en especial las mutualistas). Desde lo cualitativo, se indaga sobre la perspectiva de los distintos actores involucrados. Se toman como informantes calificados a los políticos y gestores, los técnicos y académicos y con especial énfasis a los usuarios organizados o no como sociedad civil. Las técnicas de recolección de información son múltiples: relevamiento documental, observación, entrevistas, encuesta y grupos focales. Las variables relevadas permiten hacer una aproximación descriptiva sobre el funcionamiento global del plan: mecanismos de acceso y cobertura asistencial, accesibilidad por el arancel adicional cobrado a los usuarios, formación y supervisión de los técnicos, existencia de sistemas de registro y control de calidad de las prestaciones, etc. Los aspectos éticos han sido contemplados. Los resultados señalan desinformación sobre estos nuevos derechos por parte de la ciudadanía. Además subrayan la necesidad de recrear las condiciones para las prácticas y formar recursos humanos capaces de atender las demandas de la población. La aplicabilidad de los resultados podría aportar insumos para la construcción de indicadores de evaluación indispensables para trascender el mero control organizacional, al transparentar estrategias y procedimientos que justifiquen la enorme inversión de capital humano, económico, político y social que está haciendo la sociedad uruguayo en su conjunto.

Palabras claves: Salud Mental - Políticas Públicas - Evaluación - Derechos

Prólogo

Celebro, (y seguramente muchos lectores se unirán a esta celebración), la publicación del libro de Beatriz Fernández Castrillo. El propósito de la autora consiste en revisar la situación de las prestaciones de Salud Mental en el escenario político de la reforma del Estado en Uruguay, centrándose en el análisis de las políticas desarrolladas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Plan de Implementación de las prestaciones de salud mental del año 2011. La perspectiva histórica y el análisis crítico de los contextos políticos y sociales que acompañan a las estrategias del sector salud y salud mental, constituyen un enfoque riguroso y amplio de este estudio, que tiene su origen en la tesis doctoral de la autora, ampliándola a nuevas consideraciones.

En los últimos años asistimos en varios países de América Latina a procesos de reforma de los sistemas de atención de la salud mental de la población; existe en ellos un fondo común de objetivos y a la vez aspectos específicos de las características de la situación social de cada país, de cada sistema de salud, de las demandas más relevantes y de los contextos políticos locales. Pero si de algo carecemos en estos procesos de reforma es de estudios rigurosos que permitan una evaluación sistemática y continua de los cambios en la estructura de los servicios, las modificaciones de los procesos de atención por la inclusión en todos de la perspectiva de Derechos Humanos y la inclusión social de las personas afectadas de sufrimiento mental, y más aun de la evaluación de los resultados en función de los objetivos propuestos. Un mérito mayor de este estudio es justamente recorrer una secuencia que marca la lógica propia de los objetivos de la reforma de la atención: en primer lugar la decisión política, que define los nuevos principios de la integración socio comunitaria de los pacientes y el respeto por parte del Estado y la sociedad de los Derechos Humanos de los pacientes y los resguardos éticos del cuidado de la dignidad de las personas bajo atención; en segundo lugar, el cambio necesario de la relación jurídica de los Estados respecto a las personas consideradas como «enfermos mentales», el pasaje de los tradicionales modelos represivos, privación de derechos y atribución de peligrosidad del modelo alienista, sigue presente en la justicia y genera en el sistema jurídico una resistencia a este cambio de perspectiva sobre los derechos de los pacientes y del objetivo de integración social y comunitaria, lo cual, como señala la autora, requiere de reformas profundas del sistema jurídico para ajustarlo a la protección de derechos y resguardos éticos en la atención; en base a esta política y este cambio en el estatus legal y jurídico de las personas con sufrimiento mental, el sistema de Salud y Salud Mental puede planificar las acciones necesarias para que estos principios rijan en el sistema de atención y en las prácticas profesionales. En síntesis, esta lógica requiere una política clara, un cambio en el orden jurídico y una planificación que defina qué servicios son los que corresponden a

estos objetivos y qué prácticas son adecuadas a este nuevo contexto de la atención del sufrimiento mental. El mérito que destaca del estudio es justamente enfocar su estudio en esta lógica amplia de la reforma, lo cual hace que más allá de su valor específico para Uruguay, sea a la vez un modelo de investigación y evaluación a seguir en los procesos de reforma de nuestros países.

Fernández Castrillo nos destaca que el proceso de reforma en Salud y Salud Mental se hace en el contexto de un «gobierno progresista» en Uruguay. ¿Por qué un gobierno progresista es un dato relevante en el proceso de reforma? La experiencia en los cuarenta años en los cuales se desarrollaron estas políticas en salud mental nos muestra claramente que han sido gobiernos democráticos, impulsores de políticas de integración social y respetuosos en la protección de los Derechos Humanos quienes han avanzado en estas políticas, mientras los países con gobiernos conservadores o autoritarios se han resistido siempre a ellas, deteniendo o tratando de revertir estas políticas cuando se habían iniciado. En los países de América Latina tenemos varios ejemplos de estas oscilaciones entre el avance durante los gobiernos populares y retrocesos durante los gobiernos autoritarios o conservadores. No se trata de problemas económicos o presupuestales, se trata de un problema de política social y cultural. Esto nos confirma que los objetivos de inclusión social y comunitaria de las personas con sufrimiento mental y la perspectiva de Derechos Humanos y respeto y protección de la dignidad, forman parte de las políticas más amplias por la igualdad, la integración social y el respeto de las diferencias. Los objetivos de la salud mental comunitaria forman parte de una lucha política, social y cultural más amplia por la igualdad y la integración social de colectivos sociales discriminados, estigmatizados y marginados de los derechos, como han sido las identidades sexuales, las poblaciones migrantes, los más carenciados social y económicamente que habitan los asentamientos, las villas miseria, los pueblos originarios, etc. Por esta experiencia y esta razón, la autora se detiene en analizar cuidadosamente y desde una perspectiva histórica la situación social, económica y cultural de Uruguay, haciendo foco en las políticas sociales, la protección social por parte del Estado, y las consecuentes políticas desarrolladas en el sector Salud.

El análisis que la autora realiza del malestar social, entre los sujetos y en los sujetos, nos brinda una muestra del absurdo proceder de las políticas de la psiquiatría asilar, abordando este malestar con la internación de los pacientes y la medicación psicotrópica, sumando a la violencia que la marginación y estigmatización que supone el trastorno mental, la violencia de la exclusión que supone la internación en el hospital psiquiátrico. Esta situación lleva a Fernández Castrillo a explorar cuáles son los fundamentos teóricos de sostener el prejuicio de la «enfermedad mental», concepto que enmarca el problema en el campo de la medicina sin fundamento biológico demostrable. En el apartado Marco conceptual, el lector tendrá claramente expuesto los debates actuales sobre esta pretensión de una psiquiatría médica que en sus más de doscientos años de existencia no ha podido demostrar el enfoque biológico explicativo del sufrimiento mental que,

sin embargo, sigue sosteniendo. La fórmula que Claude Bernard instaló para la medicina, «investigación basada en la evidencia», requiere de un conocimiento etiopatogénico, es decir de una explicación causal de las enfermedades. Principio positivista que ha dado buenos frutos a la medicina, pero imposible para la psiquiatría que solo puede describir los síntomas que expresan el malestar psíquico del sujeto, construir una nosografía descriptiva con ellos, y luego proceder con prácticas que nada tienen que ver con un conocimiento real del trastorno y de sus causas. La «evidencia» para Salud Mental no remite a lo indemostrable de los mecanismos biológicos, los objetivos de cuidado y tratamiento remiten siempre a la existencia real del sujeto sufriente, en la complejidad de toda existencia, el valor de la autonomía, la libertad, la capacidad de integrarse a la vida en común y de actuar por su bienestar. Esta es la evidencia que la experiencia de estos años de reforma nos ha sido demostrada.

Hace ya cuarenta años se ha lanzado el desafío de construir un sistema de cuidados de salud mental con dos principios generales: la integración socio comunitaria y la protección de derechos de los pacientes y situar la atención en los servicios del primer nivel, atención primaria de la salud, e integración de estos cuidados en los hospitales generales. Este camino está abierto y los países que lo han emprendido circulan por él con diferentes velocidades. Algunos países de Europa han consolidado la experiencia mostrando que es posible y eficaz situar la atención de salud mental en la atención primaria con un enfoque comunitario, participación de usuarios, familias y organizaciones de la comunidad en las estrategias de atención y rehabilitación. En nuestro continente, el proceso está siendo más complejo, la siempre evidente relación entre sufrimiento mental y pobreza, el desamparo social de grandes sectores de la población, hace que se mantengan muchos de los dispositivos de tipo manicomial, a veces coexistiendo con las nuevas propuestas. En sus conclusiones del estudio la autora hace recomendaciones claras sobre cómo avanzar en este camino, muy coincidentes con lo que proponen las convenciones de Naciones Unidas y la Declaración de Caracas. También advierte, referido a esta política en Uruguay, el conflicto que surge entre el dominio del mercado, impulsor de una cultura que se expresa en la subjetividad de los individuos por la mercantilización de la atención y los intereses privados y el sector público, comprometido este con los valores de la equidad, la igualdad de derechos en la calidad de la atención. Obviamente su análisis excede la situación de Uruguay, el conflicto está presente en casi todos los países. En la medida que se mantiene el dispositivo psiquiátrico de hospitales de carácter asilar, existe el riesgo de que los nuevos servicios no contengan a la población en la cual el sufrimiento mental se da en individuos con una existencia social de pobreza y marginalidad, y muchos sean derivados a los hospitales psiquiátricos y tratados a partir de su reclusión. Como señala acertadamente en sus conclusiones la autora, la perspectiva del Plan uruguayo de un enfoque público-privado, genera el riesgo de que la existencia del hospital psiquiátrico influya en dirigir la demanda de los pacientes más pobres y

desamparados hacia la internación asilar, habitualmente no por los síntomas psicopatológicos sino por su situación social. Creo necesario tomar esta advertencia de la autora, el financiamiento público-privado y el mantenimiento de la pluralidad de los dispositivos de atención, especialmente la subsistencia de los hospitales psiquiátricos tradicionales, más la presión de intereses profesionales, sus asociaciones, y la industria farmacéutica, pueden hacer aun dominante una lógica de mercado que, sin duda, detiene u obstruye la planificación efectiva y eficaz de los procesos de reforma.

Emiliano Galende

Introducción

En el presente trabajo presentamos una investigación que básicamente corresponde a la tesis realizada con la orientación de la Prof. Alicia Stolkiner en el marco del Doctorado en Salud Mental Comunitaria concluido con la correspondiente disertación en diciembre de 2014 en la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Las modificaciones responden a la intención de volver más amigable la lectura de este texto de modo de darle difusión nacional.

En él se pretende historizar sobre el sistema de protección social de cuidado y restauración de la Salud Mental en el Uruguay, que como en la mayoría de los países del continente, se inicia con los enfoques tradicionales de prácticas asilares y de cautiverio, para evolucionar en algunos casos, hacia conceptualizaciones impregnadas por el pensamiento social, más vinculadas a los derechos humanos y la dignificación de la Salud Mental.

Sin duda, el tema de los derechos humanos es más amplio que la más amplia de las definiciones de Salud Mental. Pero a su vez, el enfoque entre ambas nociones, no se circunscribe tan solo a los derechos de las personas con trastornos mentales severos y persistentes como habitualmente queda asociado. Comprende además, los derechos de los ciudadanos a construir colectivamente las condiciones que favorezcan una convivencia saludable que contribuya al desarrollo social.

Es una vieja discusión aunque el debate sigue vigente y es válido reanudar la discusión en el marco de la reforma del Estado propuesta por el primer gobierno de izquierda uruguayo que asumiera en 2005¹. Entre otras políticas, la agenda programática del nuevo gobierno se concentra en realizar cambios en el modelo de atención, gestión y financiamiento con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En 2009 vuelve a ganar las elecciones la coalición de izquierda y se propone profundizar los cambios emprendidos en el sector, a través del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, (PIPSM-SNIS). Estos procesos han tenido su puntapié inicial con la Declaración de Caracas de 1990 que reunió el compromiso político firmado de los gobiernos latinoamericanos para iniciar las reformas psiquiátricas, que fuera ampliamente debatido en nuestro país con propuestas políticas y acciones concretas provenientes de los movimientos de izquierda.

En el presente estudio se propone hacer una revisión sobre la situación actual de las prestaciones en Salud Mental en el escenario de las Reformas del Estado y la profundización de las transformaciones de las políticas sanitarias incentivadas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el marco de la propuesta programática del gobierno progresista uruguayo.

1 Hacemos referencia al Frente Amplio-Encuentro Progresista-Nueva Mayoría, coalición de partidos de izquierda que ganara en primera vuelta las elecciones nacionales de 2004, con el 51,7 % del electorado y mayoría parlamentaria.

En el primer capítulo se realiza una breve referencia a las características sociodemográficas e históricas del Uruguay de las últimas décadas, de modo de situarnos en los contextos y exponer una serie de transformaciones en la estructura económica, política y social del país, que dan lugar a la reforma del sistema de Salud y Salud Mental. Allí se repasan algunos indicadores de alarma que señalan un proceso de deterioro de la convivencia ciudadana, problemas que se precipitan con la crisis económica financiera de 2002, que se expresa en el malestar social creciente con afectación de la Salud Mental de la población.

Luego, se revisan desde una perspectiva contextual los escenarios históricos sociales y de los sistemas de asistencia a los problemas mentales en el Uruguay, que dejan en evidencia que no se han identificado los indicadores de ineficiencia de los sistemas de atención ni se cuenta con registros que permitan hacer una sistematización retrospectiva. La revisión histórica también refiere a acontecimientos sociales y políticos más recientes que dieron fruto al primer Plan de Salud Mental de 1986 y que el gobierno del Frente Amplio se propone profundizar en el marco del SNIS, al fijar como prioritario en la agenda pública las transformaciones en la atención de la Salud Mental que dieran origen en 2011 al Decreto 305/011 Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.

El capítulo siguiente se dedica exclusivamente a informar sobre los cambios propuestos por la reforma contenidos en el SNIS y a la incorporación de nuevas prestaciones en Salud Mental en el Uruguay, a través de la presentación resumida de los textos que dan origen a la normativa legal respectiva.

A continuación se debate a través de notas, sobre la categoría sufrimiento o malestar humano y su par dialéctico el concepto de bienestar. Allí intentamos exponer algunas singularidades sobre cómo interactúan estas categorías en el terreno social que podría estar explicando por qué la noción de Salud Mental resulta un concepto controversial y polisémico.

El capítulo siguiente se bifurca en dos enfoques. Por un lado tratamos de exponer críticamente los instrumentos que, según nuestra revisión, se utilizan con frecuencia en los estudios de evaluación de políticas sanitarias y cuestionamos su aplicabilidad en nuestro medio. Por otra parte, se presenta una recopilación de investigaciones relativas al Uruguay interesadas por obtener un modelo que permita el estudio de estas prácticas políticas, que nos conducen a la justificación de nuestro trabajo.

Ya adentrándonos en nuestro trabajo, se plantean los objetivos e interrogantes iniciales y se define la elección de la triangulación metodológica con énfasis en la modalidad cualitativa como diseño del estudio. Dicha elección se fundamenta en que este procedimiento conjuga fuentes, técnicas e instrumentos que dan forma y delimitan el dominio empírico, a veces superando las dificultades y limitaciones intrínsecas de nuestra investigación. La riqueza de datos disponibles en el terreno y la cantidad de variables y atributos que se rozan, permitirían hacer múltiples cruzamientos de información. Fue necesario seleccionar lo que se entendió relevante para dar cuenta de los contenidos revisados.

En el capítulo de Resultados, nos esforzamos por ordenar la información, dado que reunirla exigió una indagación trabajosa porque es heterogénea, a veces ambigua y se encuentra dispersa. Inicialmente se realiza una pormenorizada revisión histórica del marco legal que llega a nuestros días presentando un resumen de los contenidos en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental y se especifican las acciones previstas para la población de adultos.

Inmediatamente se comenta la organización dada al sistema de Salud Mental en el país y se actualiza información referida al sector público coordinado por la Administración los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

En la siguiente sección se trata de exponer los datos estrictamente cuantitativos enviados al Sistema Nacional de Información, (SINADI-MSP) por los prestadores privados nucleados en las mutualistas de todo el país.

A continuación, se pone especial énfasis en el relevamiento de la perspectiva de los usuarios respecto de estas prestaciones, realizado a partir de distintas técnicas de investigación. Se releva información proveniente tanto de usuarios aislados como de aquellos agrupados en los movimientos de la sociedad civil organizada.

Los resultados del estudio se presentan transversalizados por la perspectiva de sus protagonistas, en tanto actores intervinientes en el proceso de gestación e implementación de este plan. Para ello se intercalan fragmentos de los discursos de políticos y gestores, técnicos y académicos, usuarios organizados o no, que confirman o confrontan con la información aportada.

Finalmente en el último capítulo, tratamos de hacer un ejercicio analítico relacional que aporte una aproximación investigativa sobre este proceso sociosanitario en el país, en el cual la sociedad uruguaya ha realizado una inmensa inversión financiera y humana, para atender áreas problemáticas de la Salud Mental.

Escenarios y contextos

*Escenarios y contextos
La palabra y el acto
no se habían encontrado nunca.
Cuando la palabra decía sí, el acto hacía no.
Cuando la palabra decía no, el acto hacía sí.
Cuando la palabra decía más o menos,
el acto hacía menos o más.
Un día, la palabra y el acto
se cruzaron en la calle.
Como no se conocían, no se reconocieron.
Como no se reconocieron, no se saludaron.*

Eduardo Galeano

En este primer apartado, se delinear brevemente las características sociodemográficas e históricas del Uruguay de las últimas décadas, de modo de situarnos en los contextos y dar cuenta de una serie de procesos de transformación en la estructura económica, política y social del país, que dan lugar a la reforma del sistema de Salud y Salud Mental que es objeto de nuestro estudio.

Se repasan algunos indicadores de alarma sobre los cuales venimos haciendo un seguimiento desde hace muchos años, que dan cuenta de un proceso creciente de deterioro de la convivencia ciudadana que se precipita con la crisis económica financiera de 2002, produciendo malestar social y mental de la población.

Con el advenimiento del primer gobierno de izquierda en el Uruguay, la reforma del sistema sanitario constituye uno de los pilares de la propuesta programática. En 2008 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual se profundiza durante el segundo período de gobierno progresista, incorporando nuevas prestaciones en Salud Mental, recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud (ops).

Escenarios históricos sociales del Uruguay reciente

Uruguay, país pequeño, cuyo volumen poblacional no alcanza el de muchas ciudades latinoamericanas, tiene su origen en una fuerte corriente migratoria fundamentalmente europea que determina rasgos homogéneos en todo el territorio en lo que hace al idioma, las costumbres, los rasgos culturales y étnicos. No tiene grandes accidentes geográficos que signifiquen barreras de comunicación o de transporte entre las distintas localidades y el acceso a la red eléctrica, al agua potable, a la telefonía e incluso a internet es generalizado (INE, ECH, 2011).

Hasta hace unas décadas el país se destacaba por la gran acumulación de capital humano como consecuencia de que la cobertura educativa era universal. Por entonces, la ciudadanía se autopercebía como perteneciente a una clase media extendida con alto grado de participación, pautado por el ejercicio democrático y por movimientos sociales históricos que han sido hitos en la región. En realidad, esta significación de clase y participación ciudadana respondía a una estructura social igualitaria que jerarquizaba los valores del trabajo como vías de movilidad social.

Al promediar la década de los setenta, como en otros países de América Latina, la situación comenzó a mostrar signos de creciente deterioro del régimen republicano, con la consecuente emergencia de dictaduras militares. Desde entonces se advierten cambios profundos en el contexto social, que en el período de reconstrucción democrática al promediar los ochenta, no se logran revertir.

Estudios de la época dan cuenta que aquel país identificado como «la Suiza de América» (Barrán, 1990), debe enfrentar nuevos problemas sociales producto de la profundización de las desigualdades que ponen en serio riesgo la reconquista de aquella estabilidad social que lo caracterizaba.

Desde el punto de vista sociodemográfico, arrastra problemas históricos de envejecimiento con riesgos de profundización, que constituyen un serio problema para un país no desarrollado. Según Cabella y Pellegrino (2010), la profundización del envejecimiento, complejizan otros procesos:

- profundización de las desigualdades intergeneracionales que afectan en especial a niños y jóvenes,
- transformaciones de las familias con cambios en la estructura de los hogares y en los arreglos de convivencia,
- caída de la tasa de fecundidad, con postergación de la edad de embarazo y extensión de la expectativa de vida,
- redistribución de la población en el territorio con alta concentración en áreas urbanas, en especial en zonas de fronteras y costera,
- pauperización con surgimiento de población indigente que conforma asentamientos irregulares en zonas urbanas y creciente exclusión social,
- transformaciones profundas en el mercado de trabajo, producto de las políticas de libre importación, desregulación laboral y desmantelamiento de la industria nacional,
- persistencia y aumento constante de la migración internacional.

Luego, el panorama social se complica aún más con la crisis económico financiera de 2002. Según informes oficiales, la crisis arrojó una caída en las reservas del Banco Central, el PBI alcanzó el 11 %, la inflación el 25,9 % y la devaluación fue del 93,7 %. (OIT, 2005), alcanzando la población por debajo de la línea de pobreza su máximo valor histórico del 33,6 % del total, con un índice de desocupación del orden del 17 % (INE 2004: 8). Los efectos devastadores de la crisis de inmediato se advierten en la segmentación por sectores sociales: infantilización y feminización de la pobreza que responde a que la reproducción biológica recae

en los estratos más vulnerables; Incremento de los hogares monoparentales y con jefe mujer; y aumento persistente y constante de la migración internacional, sobre todo de sectores jóvenes y calificados (Fernández Castrillo, 2009: 28).

Lentamente se va recomponiendo la situación nacional de modo que para el año 2008, la población por debajo de la línea de pobreza desciende al 13,9 %. Persiste la tendencia al envejecimiento con una esperanza de vida que se ubica en los 77 años promedio para ambos sexos; descenso de la tasa de mortalidad y de la tasa global de fecundidad que registra algo menos de dos hijos promedio por mujer en edad reproductiva (Pellegrino, 2013).

Estos indicadores hacen que Uruguay integre el grupo de países con índice de desarrollo humano alto (IDH), ocupando el puesto 51 en 2008 y el puesto 48 en 2012 de una lista de 169 países. Esto, según algunos estudios, puede explicarse porque el Uruguay del gobierno progresista tiene un régimen político altamente inclusivo y porque las políticas de bienestar han sido implementadas tempranamente asumiendo el Estado un rol activo en la protección de las poblaciones más vulnerables (PNUD, 2008, 2012).

Sin embargo, siguiendo al PNUD, el país también presenta una serie de fragilidades: deterioro creciente de los niveles de bienestar con aumento progresivo de la desigualdad e insatisfacción de las expectativas populares respecto de las políticas de Estado, que, conjugado con su histórica tendencia al envejecimiento con serias muestras de profundización (14 % de la población es mayor de 65 años y potencialmente inactiva) hace que se encuentre en una avanzada etapa de transición demográfica, como lo confirman los estudios regionales:

Los países latinoamericanos se encuentran en distintos momentos de su transición demográfica. Por ejemplo, hay países envejecidos, con una alta demanda de transferencias y servicios para las personas adultas mayores. El mejor exponente es Uruguay... En su conjunto, las condiciones demográficas plantean a las políticas públicas, numerosos y variados retos (PNUD, 2008: 69).

El modelo teórico de transición demográfica se define como el proceso por el cual las poblaciones pasan de niveles de mortalidad y natalidad altos a niveles de mortalidad y natalidad bajos; en ambas situaciones hay escaso crecimiento o nulo crecimiento poblacional.

Este fenómeno surge a consecuencia del pasaje desde estructuras societales organizadas en centros urbanos pequeños, con alta mortalidad y natalidad y baja esperanza de vida, a la situación de creciente urbanización, baja mortalidad y natalidad y aumento de la esperanza de vida, productos del crecimiento demográfico, la migración del campo a la ciudad, fenómenos de industrialización y urbanización.

Según señalan Cabella y Pellegrino (2010), Uruguay realiza tempranamente el proceso de transición demográfica comparativamente con otros países de la región, en la medida en que se ha estabilizado la natalidad y la mortalidad. En las últimas décadas se advierten transformaciones en los arreglos familiares y en forma más ostensible en los modelos reproductivos dado que la reproducción

biológica descansa en los sectores más carenciados, asociado al proceso de infantilización de la pobreza en el país. En efecto, el comportamiento de la fecundidad observa una brecha por edad con aumento en los extremos del rango etario. Por un lado, aumento de la fecundidad de las adolescentes pertenecientes a sectores de pobreza y pobreza extrema con dificultades para la construcción de un proyecto de vida; y por otro lado, como consecuencia de la feminización de la profesionalización, mujeres de más de 40 años de estratos socioeconómicos altos que postergan la maternidad para la culminación de los estudios. Siguiendo a estas autoras, esto se correlaciona con un comportamiento diferencial por clase social, dado que al analizar la fecundidad según población económicamente activa, se advierte que las mujeres que no trabajan tienden a tener más hijos. Según educación, las universitarias uruguayas al igual que las obreras, tienen una fecundidad en el entorno de 1,5 promedio, mientras que las trabajadoras informales registran promedios mayores.

La consecuencia de la transición demográfica en el terreno sanitario se ha dado en llamar transición epidemiológica y se caracteriza por mayor peso de enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades del aparato circulatorio); tumores (neoplasias); enfermedades del aparato respiratorio; causas externas o prevenibles (enfermedades del sistema nervioso central); que se expresa en el aumento de ancianos, de discapacitados y enfermos crónicos; y en la emergencia de nuevos problemas de salud asociados a factores ambientales y a estilos de vida, (farmacodependencia, conductas de auto y heteroagresión, etc.). Estas transformaciones también incluyen el aumento de personas con trastornos mentales o emocionales; situación explicable a partir de las abrumadoras cargas sociales y psicológicas que sufre la población como consecuencia de los procesos de modernización, de pobreza creciente, de deterioro en la calidad de vida, de superpoblación de los centros urbanos y de precarización de las condiciones de trabajo, que constituyen fuentes principales de ansiedad, depresión o estrés crónico.

Esta transición avanzada, precoz en comparación al resto de países latinoamericanos a excepción de Argentina, singulariza las características de la región en la medida que afecta directamente la capacidad de la estructura social y económica mediante la cual se sustenta el sistema de protección social y sanitario nacional.

Este proceso estuvo acompañado por un cambio en el modelo de desarrollo social con el pasaje desde el Estado de bienestar hacia el Estado neoliberal, con reducción de las funciones tradicionalmente asignadas al Estado, las cuales paulatinamente son transferidas a la sociedad y reguladas por el mercado. Esta transferencia en lo social es depositada en el individuo y la familia, mientras que en el mercado se dirimen las relaciones entre los vaivenes de la oferta y la demanda.

La ciudadanía y las familias, multidemandas por las nuevas exigencias sociales y desprotegidas del amparo social que otrora prestaba el Estado de bienestar, se encuentran desconcertadas. En esta coyuntura se recurre en forma frecuente

al asesoramiento de cómo vivir y resolver los problemas propios de la vida, concentrados en el prestigio y el poder que dispone «una medicina liberal», sujeta a iniciativa individual y a la dinámica del mercado; a partir de los lineamientos de una política médica que se apoya en una estructura de poder para supervisar la salud de una colectividad (Foucault, 1979: 193).

Particularmente, en el campo de la Salud Mental, surge una inédita innovación de distintas estrategias de tratamiento de los problemas sociales a partir del abordaje de singularidades individuales. El proceso no es unilateral y con el movimiento crítico hacia la psiquiatría y el psicoanálisis, se refuerza el objetivismo tradicional de la vieja medicina, para reorientar el campo de la Salud Mental en el terreno de la medicina general (Fernández Castrillo, 2009).

En este entrelazamiento de significados sociales, la compartimentación de los actores implicados, Estado, sector privado y corporativos técnicos, es funcional desde el punto de vista social. Con frecuencia, la identificación de las demandas sociales genera respuestas de atención improvisadas que son realizadas sin recursos y de forma voluntaria o aislada. La asistencia suele verse desbordada por esa diversificada especialización en el tratamiento de problemas de salud concretos, tan concretos que se hace difícil ver quién es el más indicado para afrontar el problema. Así se entra en un circuito de sucesivas derivaciones, fruto de una concepción atomizada de los problemas de asistencia y tratamiento, que redundan en la idea de que cualquier disfunción responde únicamente a quien presenta el síntoma. Cuanto más fragmentado se presenta el modelo de atención que se practica, cuanto más se burocratizan los servicios para la asistencia de categorías abstractas, mayor es el riesgo de psicologizar la asistencia porque el único principio totalizador que se maneja refiere a una etiología interna e individual (Castel, 1984).

En el sector Salud y en especial, en el de la Salud Mental, las prácticas están especialmente comprometidas en este proceso, en tanto es habitual que se aborden los problemas sociales mediante la tramitación de fragilidades individuales a través de tratamientos personales. Los efectos de estas mediaciones suelen concentrarse en el cumplimiento de las normas de reproducción social, al pretender controlar las divergencias por medio de la medicalización del conflicto y de los programas de gestión asistencial que garantizan que cada caso sea considerado por separado (de Swaan, 1992).

El advenimiento de las reformas del Estado en el Uruguay coincide con el primer gobierno de izquierda del Frente Amplio que, apropiándose de históricas reivindicaciones populares sobre el derecho humano a la Salud, propone como prioridad de la agenda programática la incorporación de nuevas prestaciones en la atención a la Salud Mental de la población para «disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales» en el acceso a estos recursos terapéuticos, como se dice expresamente en las disposiciones específicas gubernamentales.

De tan contundente manifestación de voluntad política surgen interrogantes que constituyen el trasfondo de la propuesta de investigar las intervenciones

y sus implicancias en las prácticas en la coyuntura de un país comprometido con un proceso de innovación de las políticas públicas.

La preocupación se centra en la tendencia persistente de atender situaciones sociales y necesidades emocionales que no constituyen un trastorno mental por medio de dispositivos psiquiátricos clásicos, especialmente vinculados a la hospitalización o medicalización de los conflictos, que no logran atenuar la sensación de creciente malestar de la población uruguaya.

Esta preocupación nos ha llevado a realizar un seguimiento continuo desde hace varios años de algunos indicadores que sugerirían un deterioro en la interacción social, tanto en la relación del sujeto consigo mismo como en su inserción en la trama social.

En este sentido, en los últimos años algunas señales de alarma dan cuenta de un aumento notable en el número de muertes evitables: de las cuales más del 75 % corresponden a muertes por accidentes, el 18,2 % a muertes por suicidios y el 6,1 % a homicidios (Ministerio del Interior, Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, 2012).

El problema de los homicidios está muy poco estudiado en el Uruguay y existe, hoy día, un debate importante sobre los temas de seguridad ciudadana y sobre cómo determinar si un conflicto responde a tal o cual figura jurídica, lo que tiene como consecuencia que sea discutible la delimitación conceptual y la selección del criterio de inclusión para el caso de las variables al momento de las estadísticas. Según cifras oficiales del citado Observatorio del Ministerio del Interior, en 2012 se produjeron 267 homicidios en el país, de los cuales en 230 de los casos el matador conocía a la víctima, lo que induce a pensar en la existencia de problemas de convivencia social en los espacios de mayor cercanía: familiar, de pareja, amigos y vecinos.

El conflicto, en tanto delito, es un tema especialmente sensible para la población y recurrente para la prensa, que más que esclarecer sobre el problema social, lo politiza para producir réditos a intereses sectoriales

Según el Ministro del Interior Eduardo Bonomi «El hecho es que el peso de los delincuentes entre las víctimas de homicidio es enorme» y agregó que el incremento en el número de homicidios en los últimos años se explica por la relación entre las víctimas con el delito. Afirmó que:

[...] el mayor problema que tenemos en este momento, es el crecimiento de la violencia [...] mientras se siga usando la seguridad como un instrumento político partidario para tratar de ganar elecciones, y no sea realmente un instrumento para combatir la inseguridad, y todo lo que esta acarrea, en tanto no sea un instrumento que se transforme en políticas de Estado, con participación de todos los sectores políticos, de empresarios, trabajadores, integrantes del sistema educativo e integrantes del mundo de la cultura, vamos a seguir teniendo problemas (Ministerio del Interior, 2013).

Los accidentes son la tercera causa de muerte en el Uruguay, después de las cardiovasculares y las oncológicas. La Unidad Nacional de Seguridad Vial

(UNASEV) en su informe del 3 de marzo de 2013 realizado ante las autoridades nacionales y representantes de organismos internacionales, en ocasión de la reunión «Modificar conductas para más y mejor seguridad vial», afirma que en 2012 mueren 535 personas en accidente de tránsito, lo que equivale a 16 muertes cada 100.000 habitantes. El dato es sumamente preocupante si anotamos que la mayoría se producen entre menores de 29 años. Según los datos presentados por la UNASEV dos de cada diez fallecidos en siniestros de tránsito fueron peatones (Subrayado, 6/5/2013).

Si bien se sabe que existe subregistro, es posible asegurar que los actos suicidas en el Uruguay, desde hace años se ubican en los primeros lugares a nivel mundial, siendo el grupo de riesgo más importante, el de adolescentes y jóvenes (*El País* 2/5/2004). En efecto, según datos aportados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el número de personas de entre 10 y 19 años que consumó autoeliminación pasó de 12 en 1975 a 32 en 1998. Desde entonces, según estadísticas oficiales, la tasa de suicidios expresa un progresivo aumento que alcanza el índice más alto por año registrado en toda la historia del país, durante la crisis económico financiera de 2002 (20,9 cada 100.000 habitantes, INE, 2010). Estas preocupantes cifras mantienen su persistencia. La senadora del Partido Socialista Mónica Xavier, tomando datos del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior, informa que durante el 2007 se registró más de un suicidio por día en el país². En julio de 2010, el director del Programa Nacional de Salud Mental, citando datos de la OMS, afirmó que Uruguay alcanzó los 17 suicidios cada 100.000 habitantes, mientras que el resto del continente no supera en promedio el 6,5. Según estudios locales, en la mayoría de los suicidas se identifican eventos situacionales estresantes tales como: problemáticas familiares, económicas, duelos, enfermedades terminales, además de otros indicadores de riesgo como los son los acontecimientos vitales adversos vividos en la infancia: pérdidas tempranas, padres ausentes o abandono, abuso sexual, violencia doméstica entre otras. En función de estas posibles causas, el suicidio tiene además un comportamiento diferencial según sexo y edad y por la ubicación que se ocupa en cuanto a rol y estatus en la estructura social, donde la precariedad vital al decir de Le Blanc (2007) puede verse compensada por los contextos sociales, sobre todo en las sociedades contemporáneas que han desarrollado la flexibilidad como mecanismo que a nivel subjetivo obliga a la adaptación permanente.

Sin desconocer la existencia de causas psicopatológicas del suicidio, ya Durkheim expuso cómo los individuos se encuentran determinados por los fenómenos sociales colectivos dado que el problema de las sociedades modernas radica según el autor, en la relación de cada uno con el grupo y el suicidio varía «en razón inversa del grado de integración de los grupos sociales de que forma parte el individuo» (Durkheim, 2004: 203). Para este autor, el individualismo

2 Estos datos fueron expuestos el 15 de julio de 2010 en el Ministerio de Salud Pública por la senadora Xavier haciendo referencia a la Ley 18.097 de prevención del suicidio aprobada en diciembre de 2006.

constituye la centralidad de las sociedades modernas, al punto que el sujeto al estar menos integrado, carece de sostén y pierde cohesión sin lograr superar la construcción del lazo social.

Sin pretender ahondar en tan compleja problemática como lo es la del suicidio, coincidimos con Samaja (2002) en que los fenómenos humanos no responden únicamente a una sola de las esferas de la existencia (biológica, física, societal, etc.), sino que son multicausales y multidimensionales y muchas veces evitables.

Estas consideraciones sirven para introducir la información proporcionada por los datos que obtuviéramos en 2008 en la investigación Complejidad Social y Salud Mental³. El propósito de ese estudio se concentró en identificar las problemáticas psicosociales que manifestaban las personas en la primera consulta ambulatoria de la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar) en el período 2000-2004. La elección del período de estudio no ha sido casual, se trató de observar las características de la población que consulta en ese servicio dos años antes y dos años después de la crisis económica financiera uruguaya en el año 2002.

El encuadre conceptual partió de dos variables centrales con la pretensión de interrelacionarlas: condiciones de existencia y problemas de Salud Mental (Fernández Castrillo, 2009). Asesorados por el Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales (Udelar), se decide trabajar con la modalidad de censo, a través de un diseño combinado de metodología descriptiva, exploratoria y epidemiológica, sobre la base de un estudio comparado de una población delimitada por parámetros temporales. En lugar de trabajar con metodología epidemiológica clásica como es usual en temas de Salud, se recurre a procedimientos propios de las Ciencias Sociales para medir el incremento, (por ejemplo usados con frecuencia para medir la evolución del ingreso de los hogares). Se trata de una metodología de cálculo sencilla que nos permitió comparar la demanda de atención psiquiátrica en uno y otro período, identificando la problemática social asociada, que pudiera estar explicando de algún modo, el efecto de procesos complejos de crisis socioeconómica que afectan la vida cotidiana de la población.

Algunos resultados de este estudio, dan cuenta de que durante ese período aumentaron las consultas por quejas existenciales y por estrés psicosocial entre los diagnosticados con trastornos del ánimo o de ansiedad. También fueron más frecuentes los diagnosticados con trastornos adaptativos, que por definición correlaciona con la existencia de estresores sociales. Al asociar las variables psicosociales con la variable trastornos clínicos, se observa que desde mediados de 2002 se incrementa 34 % el estrés económico entre los diagnosticados con trastornos del ánimo y 53 % de los diagnosticados con ansiedad. Simultáneamente crece el estrés laboral (42 % entre los deprimidos y 52 % entre los ansiosos). La

3 Proyecto realizado con el aval académico y financiero de la Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República, csic-Udelar en el llamado a Proyectos I+D 2007.

conflictiva familiar se incrementa 34 % entre quienes presentaban ansiedad y trastornos adaptativos, y mantuvo altos índices entre los deprimidos. En general podría decirse que las dificultades en los vínculos interpersonales y familiares constituyó una problemática común (63 %). El 23 % dijo tener dificultades con el entorno social; 36 % graves problemas económicos y la mitad aludió problemas bien específicos: consumo de sustancias e intentos de autoeliminación, embarazo no deseado o muerte de alguien querido. En el estudio, el mundo del trabajo aparece con gran afectación, por el volumen de personas desocupadas o en tareas mal calificadas y peor remuneradas.

En general, la respuesta psiquiátrica a esta demanda de la población fue la escucha ocasional, la medicación fundamentalmente antidepresiva y ansiolíticos, y solo el 3 % tuvo indicación de psicoterapia y prácticamente no existieron altas (Fernández Castrillo, 2009).

En Uruguay, existe consenso en algunos de los problemas observados, aunque los indicadores de ineficiencia de los sistemas de atención de los problemas emocionales aún no se han identificado ni se cuenta con registros que permitan una sistematización.

En este sentido, con las reformas de la salud introducidas por el gobierno progresista del Frente Amplio, se comienza un proceso de transformaciones que ubican como prioritarios los temas de Salud Mental en la agenda política.

Escenarios históricos del Sistema de Salud Mental en el Uruguay⁴

El sistema de Salud Mental uruguayo históricamente se ha asentado en la estrategia de grandes instituciones de internación psiquiátrica.

Según Arduino y Ginés (2012), la primera institución destinada a la internación de enfermos mentales adultos en el Uruguay se remonta a 1879 con la creación del «Asilo de Dementes», que alojaba 348 personas. Hacia 1880 se inaugura el Hospital Vilardebó con 700 camas, superando a los diez años de su creación las 1000 personas internadas, cifra que en 1910 asciende a 1500. La demanda creciente de asilo por ese entonces determina que se abran a 70 kilómetros de Montevideo en las proximidades de la ciudad de Santa Lucía, las Colonias de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi⁵, que junto con el Vilardebó llegan a albergar unas 5000 personas provenientes de todo el país al promediar el siglo XX, dado que no existía ninguna otra cobertura especializada en el resto del territorio nacional. Los niños y adolescentes con trastornos mentales, históricamente han sido absorbidos por el sistema de salud general o por el sistema educativo asociado a la sobrecar-

4 Este apartado con modificaciones fue publicado en 2014 por la Revista Debate Público de la Universidad de Buenos Aires bajo el título «Salud Pública y la salud de la República: el caso de las políticas de nuevas prestaciones en salud mental en el Uruguay progresista» que se encuentra citado en la bibliografía.

5 Bernardo Etchepare (1869-1925) y Santín Carlos Rossi (1884-1936), fueron en forma sucesiva los primeros profesores de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

ga de cuidados depositada en las familias, cuando existen. De caso contrario la responsabilidad queda en la órbita del Instituto Nacional del Menor del Uruguay bajo supervisión del Poder Judicial.

La sobrepoblación asilar de estos centros en un país pequeño obliga a que a partir de la década de los setenta se proceda a una progresiva disminución de internados, reduciendo al 50 % la cantidad de pacientes asilares, casi todos concentrados en las Colonias de Alienados (Arduino y Ginés, 2012).

Si bien en los años recientes se han procesado una serie de mejoras sustanciales, en general, estas instituciones se han caracterizado históricamente por una infraestructura insuficiente, con escaso personal sin especialización, que se han limitado casi exclusivamente al tratamiento somático con medicación psicotrópica y electroconvulsoterapia. En general no han suministrado psicoterapias y han sido escasos los dispositivos de intervención psicosocial. Lo usual ha sido el egreso del paciente de la internación sin plan de tratamiento posalta.

Los comentarios realizados por Pierre Chanoit, en el «Informe sobre Salud Mental en Uruguay» de 1966 en ocasión de ser invitado por el Ministerio de Salud Pública en calidad de consultor de OPS/OMS da cuenta que:

El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan... Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido (Chanoit citado por Arduino y Ginés, 2012).

Por ese entonces, el Cono Sur de América se encontraba en un proceso progresivo de deterioro de las instituciones democráticas y se enfrentaba al avance del terrorismo de Estado. El Uruguay no escapa a esta dramática coyuntura geopolítica hasta que finalmente en 1973 se produce el golpe de Estado por parte de las Fuerzas Armadas, instaurándose una dictadura cívica militar férrea (1973-1985).

En el marco de la lucha de resistencia a la dictadura, se intensificaron los movimientos sociales en torno a la defensa de los derechos humanos donde queda comprendida la lucha por la dignificación de la Salud Mental. Este movimiento propone comprender el padecimiento mental en su significación subjetiva individual y colectiva de modo de re-valorizar al sujeto inserto en una trama relacional en un contexto sociohistórico y político concreto.

En el propicio ambiente de la reapertura democrática, tras un intenso trabajo de discusión de los actores involucrados del sector político, gremial, académico y de la sociedad civil organizada, se redacta el Plan Nacional de Salud Mental, que en 1986 fuera aprobado por el Ministerio de Salud Pública.

Por entonces se calculaba en el eje de las 2000 personas adultas internadas, de las cuales aproximadamente 1400 se encontraban en el asilo desde hacía más de diez y hasta treinta años, quienes eran rotulados como «pacientes con escasas posibilidades de retorno a la comunidad». En general se trataba de personas denominadas NN o sin identificación civil, no se conocía su nombre, mucho menos su historia o su lazo familiar.

Informes oficiales hablan que entre la mitad y dos tercios de estas personas serían «pacientes sociales», personas sin ninguna justificación de internación psiquiátrica y que la institución los acoge por carecer de medios socioeconómicos o familiares que los sostengan; son marginados sociales, delincuentes o personas con discapacidades o ancianos sin contención.

En suma, a la hora de diagnosticar la situación en el sector por aquel entonces, tanto en el texto del Plan Nacional de Salud Mental de 1986 como en los diferentes trabajos de la época, se coincide en la existencia de un importante retraso en la atención a la Salud Mental en el país. El consenso identificaba los siguientes problemas⁶:

- inexistencia de normas y de evaluaciones de tratamiento o de internación,
- diagnósticos incompletos e insuficientes y mal consignados,
- internación de «pacientes sociales», la mayoría de los internados no presentarían causal de trastornos psiquiátricos,
- condiciones inadecuadas y riesgosas del sistema de Salud Mental uruguayo que causan sufrimientos injustificados,
- escasa regulación de las prácticas de mercado y de las empresas farmacéuticas,
- utilización extendida de fármacos, a veces con polifarmacia incoherente, sin pautas de prescripción y con poca información específica sobre sustancias controladas,
- escasa intervención combinada con otros modelos de tratamiento como técnicas psicoterapéuticas y de rehabilitación,
- condiciones edilicias insalubres e inadecuadas,
- inexistencia de prácticas de consentimiento informado para el tratamiento,
- usuarios y familiares no son debidamente informados sobre diagnóstico, procedimientos, riesgos, estrategias a emplearse, etc.,
- personal insuficiente, sin especialización ni capacitación específica,
- inexistencia de dispositivos de sostén para el personal en la tarea,

6 Los problemas identificados para el Uruguay de la década de los ochenta son similares a los resultados obtenidos a través de la aplicación del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) especialmente dedicado al análisis sobre el estado de las políticas de Salud Mental, planes y legislación con especial atención a los derechos humanos de 17 países donde no fue incluido nuestro país. Para ampliar información se recomienda ver el artículo Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Nacional de Salud Mental, OPS, 2011 citado en la bibliografía.

- no son evaluados los problemas de desmotivación del personal,
- inexistencia de supervisión de las internaciones ni revisiones mínimas de patrones de control de calidad,
- contratos en malas condiciones y con bajos salarios, aumento del ausentismo laboral del personal,
- cobertura asistencial insuficiente, escasa cobertura psiquiátrica en los seguros generales de salud,
- sistema de atención psiquiátrica o de Salud Mental nacional desestructurado y desarticulado,
- carencias en la articulación de recursos y prestaciones intersectoriales, por ejemplo quienes perciben pensiones del Banco de Previsión Social, pierden este derecho ni bien obtienen algún empleo, sin importar las características del mismo,
- la legislación en Salud Mental vigente en esa época es obsoleta y no ha sido revisada,
- se estigmatiza socialmente la enfermedad mental y se carece de organismos de defensa de los derechos humanos ni jurisprudencia específica en Salud Mental donde radicar denuncias.

En 1994 en el informe de «Derechos y Salud Mental en Uruguay» producto de la investigación realizada por la organización Mental Disability Rights International (MDRI, 1995), se sostiene que:

Para la mayoría de los pacientes, los servicios psiquiátricos no elevan su autonomía personal ni alientan la reinserción a la comunidad. Frecuentemente el tratamiento es impropio e innecesariamente peligroso, estando limitado a la terapia somática (medicamentos psicotrópicos y terapia electroconvulsiva).

El informe concluye que cualquiera sea el caso, la injustificada, innecesaria y a veces perjudicial internación de personas por períodos muy prolongados y la prácticamente inexistencia de servicios de Salud Mental comunitaria, fragmentan los vínculos interpersonales, familiares y económicos con detrimento del desenvolvimiento social de las personas, que hacen difícil el retorno al medio de pertenencia.

En esta coyuntura histórica, la Universidad de la República (Udelar) no ha permanecido ajena a estos sucesos. El espacio universitario, en tanto agente social comprometido con la innovación de conocimientos y responsable de la formación de recursos humanos, aparece en el escenario de las reivindicaciones como institución legitimada para impulsar transformaciones en las lógicas epistemológicas y cambios ideológicos trascendentes.

Concretamente desde la Clínica Psiquiátrica de la Facultad Medicina, se hacían propuestas para la reorganización de la red asistencial mediante el estímulo de creación de unidades de Salud Mental en todos los hospitales generales del subsector público en cada uno de los departamentos del país y la creación del sistema de residentados. Además, se impulsaba la puesta en marcha de nuevas

estrategias asistenciales adecuadas a los requerimientos de la población. Al respecto, su director, el Prof. Ginés decía:

Aun cuando persisten oscuridades, que no debemos admitir como inevitables, un nuevo estilo de asistencia está naciendo. La hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible y con asistencia integral; la asistencia en la comunidad (en centros de salud y en asistencia domiciliaria en crisis); la educación del paciente y de su familia en el manejo de los trastornos mentales específicos; los espacios psicoterapéuticos grupales y personales; la incipiente extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de los usuarios y la formación de grupos de autoayuda; el énfasis en los derechos humanos y en las pautas bioéticas; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue; el diseño de los planes terapéuticos como «ensayo clínico» y su evaluación sistemática; la integración amplia y la redistribución concertada del poder en los equipos de salud; el mejoramiento en la calidad de los contratos del personal de salud y los nuevos modelos organizativos y de financiación (Ginés, 1998, disertación en APAL, material proporcionado por el autor, actualmente disponible en internet).

En Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, desde 1986 se vienen consolidando las bases del Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales bajo el supuesto de que estos procedimientos, constituirían un recurso más de salud, por cuanto se hacía necesario formar recursos humanos capaces de redemocratizar el acceso a dispositivos psicoterapéuticos y psicosociales específicos para cada problemática (Montado, Palermo, Fernández Castrillo y Gerpe, 2011).

Es de destacar que paralelamente, mientras se producían estas transformaciones, se precipitaban en el país algunos acontecimientos socioeconómicos que dieron como resultado la crisis financiera de mediados de 2002, de la que ya habláramos en párrafos anteriores.

Esta crisis oficia como desencadenante de una coyuntura político social favorable para que, en 2004, ganara las elecciones con mayoría parlamentaria el Frente Amplio, una coalición de fuerzas progresistas de izquierda.

La propuesta programática del nuevo gobierno se construye con énfasis en los cambios en el sistema sanitario uruguayo, eje que históricamente ha representado el centro de las reivindicaciones populares. El llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) promete cambios sustantivos en el modelo sanitario mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención, acompañado por cambios en el modelo de gestión y de financiación.

En 2009 el Frente Amplio vuelve a ganar las elecciones nacionales con mayoría parlamentaria y se plantea profundizar los cambios consustanciados en el SNIS (Ley 18.211, Decreto 464/008), que declara una agenda programática prioritaria de los siguientes Programas de atención en salud:

- Programa Nacional de Nutrición,
- Programa Nacional Mujer y Género,
- Programa Nacional de Salud Bucal,
- Programa ITS/SIDA,

- Programa Nacional de Discapacidad,
- Programa Nacional de Salud Mental,
- Programa Nacional Niñez,
- Programa de Control de Tabaco,
- Programa de Usuarios problemáticos de drogas,
- Programa Nacional de Adolescencia,
- Programa Nacional de Adulto Mayor.

Escenario de la reforma de la Salud en el Uruguay progresista

La propuesta de reforma surge ante un panorama del sistema de salud sumamente crítico. En efecto, desde la recuperación de la democracia, se sucedieron en el país una serie de proyectos de reforma del sistema sanitario que resultaron en su mayor parte fallidos. Los obstáculos en general han sido de orden político y corporativo, de ahí que el sistema fue sometido a un proceso de reestructuración pasivo que desencadena un estado de deterioro de la calidad de sus servicios.

En este proceso, se han sucedido una serie de iniciativas de reformas sanitarias en el país por parte de los parlamentarios, de las convenciones nacionales médicas y de las organizaciones sindicales y sociales, procurando transformaciones sustanciales de un modelo obsoleto de divorcio total entre el sistema público y el privado con un complejo articulado de funciones superpuestas, escasa justificación del gasto, descoordinación de funciones bajo tres modalidades de afiliación (afiliados individuales, colectivos y a través de la seguridad social de lo que fuera la ex Dirección de Servicios Sociales del Estado —DISSE—); cuota única; pérdida de la cobertura al dejar de ser activo; sin un catálogo de prestaciones definido legalmente ni participación social en la definición política y el diseño de gestión.

La Ley n.º 18.211 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) entró en vigencia en 2008. Se basa en el principio de equidad y solidaridad y se apoya en una reforma económica y en la forma de financiamiento del sistema. Lejos de ser un proyecto acabado, es una política viva que se encuentra en un período de consolidación que involucra a muchos intereses y actores sociales.

La «vocación reformista» (Garcé y Yaffé, 2005: 139) del primer gobierno de izquierda en el país, no se restringe al sistema sanitario, sino que se enmarca en el conjunto de medidas de reforma del Estado, que junto con la reforma tributaria, social y educativa, buscan lograr un mayor grado de equidad social.

Concretamente la reforma del sector Salud⁷, se refuerza con el apoyo decisivo de distintas organizaciones gremiales, universitarias y de la sociedad civil

7 La exposición sobre la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se realiza a partir del trabajo colectivo realizado con los estudiantes del Taller Políticas Sociales y Salud 2009, de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS)-Udelar, bajo la supervisión de quien suscribe la presente tesis. Dicho informe se encuentra disponible para consulta en la Biblioteca FCS-Udelar.

organizada que se materializa en el Proyecto de Ley de Presupuesto enviado al Parlamento para la creación del SNIS, que en el inciso 12 del artículo 230 dice:

El Ministerio de Salud Pública implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los ciudadanos residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El Sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todo los ciudadanos.

El Sistema Nacional Integrado de Salud es una propuesta de sistema basada en los principios de equidad y solidaridad, que se apoya en la reforma de la política económica centralizada en el Estado para garantizar una distribución más equitativa de los aportes de la sociedad. En él, se articulan los distintos programas de salud específicos, procurando una mayor coordinación y complementariedad entre los diferentes niveles de atención que permita una mejora en la calidad de las prestaciones.

Son sus propósitos:

- un abordaje integral del proceso de atención que incorpore la consideración de aspectos que influyen en la salud a corto, mediano y largo plazo; las condiciones de vida, alimentación, los vínculos interpersonales y familiares, etc.,
- transparencia económica y financiamiento solidario basado en el criterio de justicia distributiva de aportes según ingresos, beneficio según necesidades y autorregulación del sistema a través de varios mecanismos: (SNIS, Fonasa, Junasa),
- disminución del gasto en tiques (de consulta, análisis complementarios, medicamentos, etc.) que históricamente han representado un obstáculo para el acceso a la asistencia, por sus altos costos,
- mejora de la gestión mediante la descentralización de la ejecución bajo una misma normativa. Existencia de un marco regulatorio y coordinación entre las dependencias tanto en el interior como en Montevideo para alcanzar la integralidad de la atención y facilitar el acceso por parte de la población,
- fomento de la participación, integrando a los trabajadores del sistema y a los usuarios en los ámbitos de decisión política.

Para el financiamiento del SNIS, se crea el Seguro Nacional de Salud. La cobertura de la población se plantea en forma progresiva. Desde un principio comprende a todos los trabajadores y sus hijos menores de dieciocho años y discapacitados mayores de edad a cargo. El proyecto de Ley de Presupuesto establece las vías de financiamiento a través de la Ley n.º 18.131 de creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). En el artículo 231 se establece un fondo único de financiamiento, donde confluyen los aportes de los usuarios según

ingresos, el aporte empresarial, el de los trabajadores del sector público y privado a través del Banco de Previsión Social (BPS) y el aporte estatal.

Se ha programado extender la incorporación a distintos beneficiarios del Fonasa, alcanzando progresivamente a los funcionarios públicos sin cobertura, los cónyuges de los trabajadores, los pasivos de bajos ingresos y los nuevos jubilados, los profesionales, las cajas de auxilio y toda una serie de sectores que hasta entonces conformaban un complejo organigrama. Esto supone un aumento de la cobertura integral progresiva mediante el Fonasa prevista para 2015 del 80 % de la población (Olesker y González, 2009).

El Fonasa es el organismo encargado de la recaudación, fiscalización y determinación tributaria con la función de regulación y de control, a través de los contratos de gestión que establecen obligaciones y responsabilidades para cada prestador. El pago del Fonasa se establece por una cápita destinada a los proveedores de servicios ajustada por riesgo. Prevé una cuota diferenciada por sexo y edad además de un pago «plus» por el cumplimiento de metas previstas.

El Fonasa paga una «cuota salud» a las instituciones prestadoras de acuerdo con los servicios que brindan, las que varían en función de los riesgos que cubran según sexo y edad de los usuarios. Así se procura evitar que las instituciones prestadoras hagan una selección adversa, al priorizar los segmentos de población que presentan menores riesgos sanitarios.

La Junta Nacional de Salud (Junasa) es otro de los organismos creados por el SNIS, con el cometido de controlar, regular y administrar el Seguro Nacional de Salud y los contratos de gestión que se acuerdan con los prestadores de servicios. El contrato de gestión establece las obligaciones que tienen las instituciones las cuales están descritas minuciosamente en el Catálogo de Prestaciones (MSP. SNIS, Catálogo de prestaciones. Anexo II 2008) y en la definición de los Derechos de los Usuarios (MSP. Derechos de los usuarios. Junasa, Uruguay 2008). Estas deben cumplir con los principios del SNIS y sus objetivos. En el caso de que haya incumplimiento, se establece un sistema de sanciones progresivas, en caso contrario se determina una compensación a modo de incentivo.

Se estima que los efectos del funcionamiento del Fonasa y la Junasa en tanto cambios en el modelo de gestión y de financiamiento del sistema, resulten instrumentos claves para el logro del nuevo modelo de atención promovido por el SNIS.

Principales diferencias entre el Sistema de Salud antes y después del SNIS

Antes	Después
Sistema fragmentado entre público y privado	Sistema único público-privado
Trabajadores privados a través de DISSE	Seguro nacional que integra a toda la población
Cobertura individual	Cobertura extendida a la familia
Elección entre instituciones privadas	Posibilidad de elección entre instituciones públicas y privada
Cuota única. Tasa moderadora	Cuota diferencia por edades y sexo
Pérdida de al dejar de ser activo y pasivo	Seguro de por de vida
Contralor solo en los papeles	Política de Rectoría y Contralor
No había un programa de prestaciones	Existe un marco de prestaciones obligatorias (PIAS)
No había participación social	Participación social

Fuente: elaboración colectiva con los estudiantes del Taller de Investigación Políticas Sociales y Salud. 2008. Licenciatura de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República

La complementariedad público-privada prevista en el SNIS

Un vasto sector de servicios de atención a la Salud aún no queda comprendido en el SNIS, conformando lo que se ha dado en llamar Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) según lo establece el decreto 392/012 del Poder Ejecutivo que reglamenta el art. 741 de la Ley n.º 18.719, que le da origen.

Con su creación, se define la integración y los cometidos del Consejo Directivo Honorario y de la Unidad de Coordinación sin afectar la autonomía ni la dependencia financiera de cada efector con sus respectivas jerarquías. Las instituciones que forman esta Red no han sido integradas al Fonasa, por cuanto no cobran las cápitas previstas en el SNIS. Está integrada por:

- el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Es un centro de alta complejidad polivalente con serios problemas presupuestales que atiende a beneficiarios de ASSE,
- el Banco de Previsión Social (BPS), que presta servicios materno infantiles a los beneficiario de Asignaciones Familiares, y también presta servicios vinculados a la Medicina laboral. En el área de la Salud Mental, es el organismo que adjudica y administra las pensiones por incapacidad laboral,
- la Dirección Nacional de Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior al igual que la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas

- Armadas (FF. AA.) perteneciente al Ministerio de Defensa, atienden al personal en actividad, a los retirados y a su familiares dependientes,
- la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado (BSE) que se ocupa de la atención sanitaria en caso de accidentes laborales,
 - Servicios Médicos Municipales de todo el país.

A esta Red se agregan las prestaciones municipales, innumerables formas jurídicas de distintos tipo de empresas y gran cantidad de organizaciones de prestadores parciales de salud pertenecientes al denominado «tercer sector» (seguros por riesgo, cooperativas, ONG, etc.) a través de las cuales se tercerizan servicios bajo la figura de derecho público de gestión privada o de planes de asistencia privada de libre contratación. Existen también, seguros privados de alto costo que captan aproximadamente el 5 % de la población concentrada en los quintiles de mayor ingreso. Además, a través de un mecanismo de reaseguro universal asimilable a lo que sería un sistema único de salud, existe una cobertura de asistencia altamente especializada por parte del Fondo Nacional de Recursos, cuya forma jurídica es persona pública no estatal.

Las nuevas prestaciones en Salud Mental promovidas por el SNIS

En 2009 el Frente Amplio vuelve a ganar las elecciones nacionales, y propone profundizar el camino de las transformaciones democráticas emprendidas en 2005 y, en sintonía con los procesos de reforma de la Salud de la región, define las acciones en Salud Mental como programa prioritario de la agenda política nacional.

El proceso de reformas retoma los lineamientos iniciales de la Declaración de Caracas de 1990 y de una secuencia de tratados internacionales tales como la Estrategia Regional de Salud Mental que cuenta con el compromiso de los gobiernos de América Latina que dice:

El propósito de esas reformas es, últimamente, ofrecer una mejor respuesta a las necesidades de la población, en consonancia con las convenciones internacionales y regionales de derechos humanos en salud mental y las evidencias científicas registradas en la literatura (OPS, 2010: 6).

En el 49.º Consejo Directivo de 2009, la OPS aprueba el documento Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental, que recomendaba una serie de medidas para generar cambios sustanciales en la asistencia psiquiátrica de la región y hacía puntualizaciones concretas en cuatro áreas estratégicas que a continuación se transcriben:

- Área estratégica n.º 1: Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de Salud Mental.
- Área estratégica n.º 2: Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Área estratégica n.º 3: Prestación de servicios de Salud Mental centrados en la atención primaria de salud.

- Área estratégica n.º 4: Fortalecimiento de los recursos humanos.

Interesa para este estudio, el área estratégica n.º 3 con relación al decreto del Presidente de la República Oriental del Uruguay n.º 305/011 «Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud» para la incorporación de prestaciones innovadoras en el Catálogo de Prestaciones (Decreto 465/008 del 3 de octubre de 2008), a efectos de disminuir «la brecha significativa de necesidades terapéuticas de la población y los servicios a los que puede acceder para satisfacerlas». En este decreto se estipula la obligación de los prestadores integrales del SNIS de brindar atención a la población en nuevas áreas de la Salud Mental.

Son sus fundamentos, un modelo de atención a la Salud que privilegie la prevención y promoción, a partir de una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en el primer nivel de atención. Supone un cambio en el sistema de gasto y financiamiento en salud basado en la justicia distributiva con rubros provenientes del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

El plan se plantea como propósito «contribuir a mejorar la situación de salud de la población del país a través de la implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental para el período setiembre 2011-marzo 2015. Tiene vigencia desde setiembre de 2011 con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales.

Marco conceptual

[...] millones de dólares son invertidos en aminorar los problemas de salud mental mediante la intervención individual.

Mientras tanto ignoramos lo que nos dice la experiencia diaria, es decir el determinante más importante para nuestra salud es probablemente la forma en que organizamos nuestra sociedad, la medida en que alentamos la interacción entre la ciudadanía y el grado en que confiamos y nos relacionamos entre sí en comunidades responsables.

Lomas, 1998: 1181 en OMS, 2004: 24

A esta altura del desarrollo de este informe, corresponde exponer cuáles son los conceptos centrales que movilizan la realización de este estudio.

La preocupación por los indicadores de alarma trabajados en el capítulo anterior nos han llevado a reflexionar a partir de notas, que es lo que se entiende por malestar o sufrimiento social y en contraposición de que hablamos cuando hablamos de bienestar.

La lógica instalada parece sostener que el sufrimiento es propio de la experiencia humana como fenómeno individual; mientras que la idea de bienestar correspondería a la esfera colectiva, asociada a la dimensión macrosocial de las políticas y los modelos de desarrollo.

Del mismo modo, se trabajan a partir de notas, qué es lo que se entiende por Salud Mental, dado que desde la Epidemiología tradicional vinculada al modelo médico hegemónico, el concepto aparece fuertemente impregnado por la noción de enfermedad; mientras que por parte de algunas fracciones del pensamiento social se lo confunde con la idea de desorden, conflicto o anomia.

Esto trae consigo una serie de posicionamientos que dan origen a distintos sistemas de clasificación de las enfermedades que hacen difícil discriminar las situaciones psicopatológicas de las de sufrimiento. Ambas posturas epistemológicas, finalmente, serían funcionales a las normas de reproducción social y contrarias a la noción de derechos humanos.

Notas sobre el par dialéctico malestar-bienestar⁸

El fenómeno del malestar se manifiesta como un fenómeno de gran complejidad y de enorme connotación social que afecta a sujetos reales, y por tal, ha merecido el tratamiento de varios autores desde distintos posicionamientos epistemológicos a lo largo del tiempo, en especial ha sido preocupación del pensamiento de la modernidad y también de lo que algunos llaman la posmodernidad.

La modernidad es definida como el conjunto de instituciones y comportamientos propios de Europa a partir del siglo XVI regida por los principios de fe en el progreso y la razón humana como motores de libertad. La modernidad desde el punto de vista económico queda expresada en la industrialización, el uso de las maquinarias y la fuerza física, una creciente división del trabajo y la especialización. En la ciencia y la tecnología se vuelve relevante el desarrollo del conocimiento especializado sobre la base de la razón y se abandonan principios tradicionales tales como la religión antes utilizada como explicación fenomenológica, diluyendo así la tradición (Giddens, 1995: 26).

La posmodernidad aparece como etapa de superación de la modernidad expresada en movimientos filosóficos, artísticos y políticos de la segunda mitad del siglo XX. De todos modos aún no se ha logrado establecer una definición precisa de lo que es posmodernidad permaneciendo el concepto en el debate teórico. No obstante es una etapa histórica que se puede analogar al capitalismo tardío dando lugar a nuevas preocupaciones políticas que dan surgimientos a nuevos movimientos sociales y tecnológicos y al fenómeno de la globalización (Lyon, 2000).

Para Durkheim (2004) la sociedad es la encargada de integrar a los individuos que la componen y de regular sus conductas a partir del establecimiento de normas. La acepción más simple de establecimiento de normas se relaciona directamente con la noción de normalidad, felicidad y salud para aludir a la preservación de la modalidad de reproducción o preservación de cada miembro perteneciente a un todo viviente. Si bien es acertado que «el problema» implica que un sujeto se ha apartado de los valores normales de la especie (anomia) no significa que no tenga él mismo una estructura normativa. Para Durkheim la anomia es un mal crónico de la sociedad moderna, un fenómeno casi patológico, capaz de provocar el suicidio en tanto expresión máxima del sufrimiento humano:

El hombre no podría vivir si fuera totalmente refractario a la tristeza. Hay sufrimientos a los que uno no puede adaptarse más que buscándolos, y el

8 A partir de estas consideraciones se elaboró con modificaciones un artículo bajo el título «Las desigualdades sociales y sus implicaciones con el sufrimiento contemporáneo». Este integra un libro financiado por el Programa Publicaciones de la Comisión Sectorial de Investigación Científica, CSIC-Udelar compilado por Ana Hounie, coordinadora del Grupo de investigación Clínica psicoanalítica y lazo social de la Facultad de Psicología y Ana María Fernández, coordinadora del Espacio Psicoanálisis y conflictividad contemporánea de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Udelar, que se encuentra referenciado en la bibliografía.

placer que se encuentra en ello tiene necesariamente algo de melancólico. La melancolía solo es mórbida cuando ocupa demasiado lugar en la vida; pero no es menos mórbido un estado del que se encuentre totalmente excluida (Durkheim, 2004: 501).

Otro autor que hace un importante trabajo sobre el concepto de anomia es Robert Merton (1964) y en cierto sentido, coincidiendo con Durkheim, entiende que la anomia es producto de la fragmentación de la estructura social como consecuencia del pasaje de una sociedad tradicional a otra moderna. Este movimiento estructural trae consigo según Merton, la desorganización de las normas culturales con un desfase entre los objetivos establecidos como legítimos y los medios considerados como tales para alcanzarlos jugando, en dicho proceso, un papel preponderante para este autor, las variables socioeconómicas.

En el caso de los humanos la desviación de la norma de la especie acarrea consecuencias negativas para su supervivencia, para la cohesión social y para la transmisión mediatizada por la reproducción. O sea que comporta en sí misma, las normas que regulan el carácter general de la especie, pero además configura respuestas dirigidas al control de acciones destinadas a modificar los contextos particulares en que aparece el malestar, como propuesta activa de interpretación e intervención práctica, derivada de modelos simbólicos correlacionables con el orden social actual como fundamento originario.

Para Freud (1930), el ser humano quiere ser feliz y no dejar de serlo por cuanto no cesa en la búsqueda de sensaciones placenteras pretendiendo alejarse del sufrimiento que deviene del hecho de vivir en sociedad. Para el autor, el sufrimiento no sería más que sentimientos que provienen de los propios cuerpos, de las relaciones con los demás y del mundo exterior. Sostiene que el sufrimiento o malestar parecería ser parte indisoluble de vivir en la cultura:

Quizás convenga que nos familiaricemos también con la idea de que existen dificultades inherentes a la esencia misma de la cultura e inaccesibles a cualquier intento de reforma [...] Tal como nos ha sido impuesta, la vida nos resulta demasiado pesada, nos depara excesivos sufrimientos, decepciones, empresas imposibles [...] Qué poderoso obstáculo cultural debe ser la agresividad si su rechazo puede hacernos tan infelices como su realización (Freud, 1930).

Acordamos con Samaja (2002) en que el potencial de las agrupaciones humanas está centrado en las posibilidades de compartir modelos comunes de sus integrantes en el entrecruzamiento del medio natural y social, que se repiten y vuelven a presentar similares patrones, reglas, totalidades. En este sentido, la reproducción social y la producción de lo nuevo prescriben la felicidad y el sufrimiento, lo normal y lo no normal, lo sano y lo enfermo.

El malestar se expresa como una situación de vulnerabilidad reflejo de las mediaciones de un determinado contexto temporo espacial que expone a los sujetos a las presiones de una sociedad en la cual las relaciones sociales, y en especial las económicas, sujetan cuando no subordinan los vínculos intersubjetivos y la propia subjetividad. Touraine, introduce el concepto de «sujeto no sujetado»

sino subjetivado para agregar que él se construye en relación consigo mismo en la experiencia más solitaria de placer.

No existe a no ser en el combate con las fuerzas del mercado o con las de la comunidad. Jamás edifica una ciudad ideal o un tipo superior de individuo. Labra un terreno y protege un espacio constantemente invadido... Es verdad que el sujeto no puede ser apenas defensa y lucha; es también afirmación, felicidad y éxito. Pero no es el arquitecto de un orden ideal: es, eso sí una fuerza de liberación (Touraine, 1999: 103).

La expansión de lo que con frecuencia hoy se denomina depresión estaría asociada con la transformación de las normas sociales que promueven la transición desde una forma societal que se identifica con los valores de disciplina, obediencia, autoridad, a otra, sometida a la lógica de la autonomía de lo individual entendida como acciones y decisiones personales que no comprometen al colectivo. La idea de disciplina y autonomía si bien aparecen como extrapoladas, coexistirían permaneciendo la disciplina subordinada a la autonomía y al orden individual.

Para Lipovetsky las sociedades democráticas posmodernas son inteligibles en un proceso que el autor denomina proceso de personalización como estrategia narcisista global, que modela la vida social en todas sus esferas en torno a la exacerbación del individualismo y del consumo desenfrenado de información, bienes y servicios.

Para este autor las transformaciones que genera la globalización en las sociedades modernas con el surgimiento de fenómenos de fragmentación y marginación progresiva, de acumulación de riquezas extrema en base al desarrollo tecnológico y científico en condiciones de mercado, socavan los valores culturales, los lazos sociales y exacerbaban el individualismo y la omnipotencia.

Lasch señala que «cada sociedad reproduce su cultura —sus normas, sus supuestos, sus formas de organizar la experiencia— en el individuo en la forma de la personalidad. Como dijo Durkheim, la personalidad es el individuo socializado» (Lasch, 1991: 56). Así destaca que el proceso de socialización modifica la condición humana en procura de la adaptación a los patrones sociales dominantes, para señalar luego en la misma obra que:

Cada época desarrolla formas peculiares de patología que expresan de manera exagerada la estructura de carácter subyacente. En la época de Freud las histerias y las neurosis obsesivas llevaban a extremos los trazos de carácter asociados a la fase prematura del orden capitalista: aidez, devoción fanática por el trabajo y una represión feroz de la sexualidad (Lasch, 1991: 64).

Más adelante el autor agrega que en la contemporaneidad:

La ética de la autopreservación y de la supervivencia psíquica no solamente arraiga entonces en las condiciones objetivas de beligerancia económica, en los índices crecientes de criminalidad y en el caos social, sino también en la experiencia subjetiva de vacío y aislamiento (Lasch, 1991: 75).

Lash afirma que en la actualidad existiría una «cultura del narcisismo» que pautaría la relación entre lo cultural y lo social y también en el campo de la salud-enfermedad, para dar lugar al aumento del individualismo, a la inmediatez y a la sensación de insatisfacción y de malestar permanente en desmedro de los beneficios que otrora ofrecían los lazos sociales.

Stolkiner comenta una investigación sobre la accesibilidad de las familias pobres a los servicios de Salud⁹ donde las mujeres entrevistadas solían usar la expresión «quebranto» para referirse al dolor vivido tanto emocional como físico. Al preguntar a una de estas mujeres cómo se curaba ese «quebranto» cuentan las autoras del estudio que ella dijo «lo que hace muy bien es llorar», mientras que los estudiantes que realizaban las entrevistas decían «eso que llaman quebranto es depresión».

Tal traducción entrañaba un movimiento en el cual se concretaba en acto un producto de la cultura moderna occidental: la transformación de una vivencia dolorosa en categoría psicopatológica. En este pequeño gesto cotidiano mostraban la presencia de la medicalización en las prácticas discursivas, a la vez que se establecía la subalternización de un significante a otro, lo que forma parte de una hegemonía discursiva (Stolkiner, 2013: 3).

Indica Stolkiner la gran implicancia que existe entre el discurso denominado «científico» y el llamado «común», donde el decir de uno de los campos circula también en el otro con una nueva acepción que le da significado; para sostener que «La presencia hegemónica del discurso médico en la vida colectiva y en las vidas singulares cotidianas de los sujetos forma parte del proceso de medicalización» (Stolkiner, 2013: 4). Así, según la autora, la estructura del lenguaje implicaría al actor como agente de los dispositivos de control social legitimados, donde las historias cobran diferentes perspectivas en función de qué lugar ocupan los narradores.

En la enfermedad existe siempre un relato que le confiere un significado al proceso, que explica la excepción y la ubica en los mismos parámetros y reglas que rigen la vida cotidiana. La capacidad de resignificar el pasado está dada por la pretensión de las instituciones sanitarias, sus profesionales y el personal en general, de introducir modificaciones para corregir o reformular una supuesta desviación de la norma (anomia):

[...] se plantea la utopía de vivir con «malestar cero» y por ende, una serie de padecimientos subjetivos que forman parte de las vicisitudes de la vida son considerados suprimibles médicamente a partir de incorporarlos a la patología [...] todo dolor o malestar de una persona que ha sido encuadrada en una categoría psicopatológica queda subsumido a ello y termina definiendo algo del orden del ser (Stolkiner, 2013: 17).

9 Alicia Stolkiner en el artículo de 2010 referenciado en la bibliografía cita el estudio de 2000 en que en coautoría con Alejandra Barcala diera origen a un artículo titulado «Accesibilidad a servicios de salud de familias con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso», VII Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, al cual no hemos accedido. En la búsqueda en internet hemos encontrado otro artículo que también cita al del año 2000 a cargo de las mismas autoras.

La práctica consistiría esencialmente en describir la historia del sufrimiento para construir una representación que desandando el proceso hacia la patología, lo renarra en términos salubristas de fundamento positivista (Fernández Castrillo, 2007).

Frente al ataque de quienes pretenden enfrentar el sufrimiento humano con prácticas medicalizantes mediadas por el suministro de psicofármacos, Roudinesco (2000) se pregunta por qué propone el psicoanálisis como respuesta en estos casos. La autora argumenta que a través de la palabra, el psicoanálisis puede ser la alternativa de cura (o alivio para no hablar de cura) y que el destino no ha de estar limitado solamente al del ser biológico de una sociedad depresiva como la actualmente globalizada conformación social.

«El alma no es una cosa» dice Roudinesco, y por ello nada es más urgente que la comprensión del malestar social, aunque cada vez es más complejo develar sus causas y expresión individual y colectiva. Lo depresivo de nuestras sociedades, además de sufrimiento constituye un modelo hiperestructurado de enfermedad psíquica desde una visión reducida a síntomas sin interrogar sus causas que registra la individualidad, que renunciando a la subjetividad, se presenta como fenómeno irreductible al lazo social. El psicoanálisis, sostiene Roudinesco, es capaz de atender la complejidad de las interacciones entre lo biológico, lo psíquico y lo cultural sin caer en los enfoques positivistas, si es que se somete a la renovación teórica e institucional de sus prácticas para acompañar los avatares socio histórico de las transformaciones sociales y la crisis de los sujetos en este proceso.

En nuestra opinión, con esta breve revisión se pretende hacer un recorrido sobre el pensamiento de algunos autores con los cuales nos sentimos identificados, que entre otros, han realizado aportes teóricos sobre el tema, ya que hemos de reconocer que estas consideraciones desbordan nuestra capacidad de análisis y los fines del presente estudio. Bastaría con decir que el malestar social sería propio de la civilización como componente estructural que la instituye y la constituye a la vez. Además el concepto confronta con toda propuesta de bienestar, no como binomio contradictorio que convive en el espacio social para anularla, sino abriendo un espacio entre pares opuestos y antitéticos, donde la lógica narcisista reniega así de la alteridad y la subjetividad, donde el sujeto anestesiado parece ya no más necesitar de implicarse en su propio sufrimiento.

Notas sobre bienestar

Como pretensión teórica, interesa resaltar, que a pesar de que la humanidad ha tenido una preocupación histórica, el concepto de bienestar ha sido un concepto polémico, insuficientemente definido, que aún no cuenta con consenso pleno, tanto en su discusión como en su desarrollo, más bien asociado a la consideración de sujetos colectivos y las políticas de Estado que a un estado de los sujetos individuales.

Es así que a partir del concepto de Estado benefactor, mucho se ha dicho y escrito sobre bienestar social, donde cada uno asume un posicionamiento definido y se sitúa críticamente frente a otras posiciones, en su mayoría sustentadas más que en una teoría política, en una práctica política frecuentemente partidaria y con gran desarrollo histórico. No obstante, sería posible afirmar que el concepto se asocia a cierta noción de justicia social que se construye sobre los pilares centrales de la convivencia democrática, (razón, libertad, derechos, ciudadanía, autonomía). Conceptos que de algún modo, subyacen en los principios básicos del pensamiento social occidental y necesariamente suponen un criterio colectivo y no individual como de algún modo sugiere el concepto de malestar o sufrimiento.

Más allá de las críticas realizadas al Estado de bienestar desde diferentes posicionamientos teóricos y en especial desde diferentes marcos políticos, en particular desde el liberalismo y el marxismo, es reconocida la insuficiencia de los planteamientos reformistas. La reducción de la implementación de las nuevas políticas públicas a prestaciones de servicios sociales asistenciales, cuando no asistencialistas y la casi absolutización del intervencionismo moralizante y pragmático como vehículo de la conquista progresiva de la igualdad y la equidad, no parecen obtener los resultados esperados.

Según Midaglia (1997), la intervención estatal en términos de bienestar no puede ser interpretada como producto del enfrentamiento de diferentes actores socioeconómicos sino como ámbito de acomodación de intereses. Las acciones públicas no pasan de ser más que un reflejo de las relaciones dominantes entre las clases sociales. Frente a las contradicciones internas que también la clase dominante puede sufrir, se vuelve difícil reconstruir la hegemonía. Facilitado por el surgimiento de divergencias en el corto y mediano plazo, se filtran algunas de las demandas de los sectores que no pertenecen al bloque de poder. Esta fisura permitiría, según la autora, la modificación de algunas políticas.

Para Esping-Andersen (1993) no se trataría de un mecanismo para disminuir las desigualdades de la sociedad capitalista sino que sería una suerte de reacomodamiento de la acción colectiva de la clase trabajadora. Por la magnitud de estos acuerdos, Marshall y Bottomore (1998), definen la emergencia del conjunto de derechos en términos de secuencia lineal, para demostrar que la generación de estos derechos que equiparan en términos de igualdad, coincide con el proceso de desarrollo del capitalismo. El objetivo fundamental de las políticas así planteado, sería hacer más tolerables (menos dolorosas) las desigualdades sociales.

Según Midaglia la imprecisión de los contenidos de los derechos sociales tiene un carácter necesariamente conflictivo y temporal ya que involucran los criterios de distribución vigentes en una sociedad. Agrega la autora que resultan indiscutibles los aportes hechos por la teoría de la ciudadanía para la comprensión del Estado de bienestar, explicando de algún modo la posible coexistencia de una «sociedad organizada a partir del mercado (competencia) con cierta dosis de igualdad social» (Midaglia, 1997: 73). Además la idea de un mínimo de bienestar

ha permitido que se formulen propuestas referidas a justicia social que involucran a diferentes agentes colectivos en la efectivización de los derechos.

Dahrendorf, uno de los fundadores de la teoría del conflicto social, realiza una crítica desde el propio discurso político a la legitimidad de los grupos sociales dominantes que solo admiten un posible análisis del Estado de bienestar en términos de relaciones de poder, dado que entiende que de alguna manera así se dejaría el problema en la esfera del ámbito de lo político y no de lo social.

[...] lo que se ha comenzado a llamar la crisis de legitimidad del poder político en las sociedades modernas; es decir, la duda sobre el carácter, apropiado o no, de las instituciones existentes y de los supuestos que subyacen en ellas (Dahrendorf, 1983: 148).

El concepto de bienestar reducido al Estado de bienestar social ha llegado a ser un eufemismo usualmente sostenido por el consenso entre diferentes posturas políticas (socialistas, liberales, socialdemócratas) en pugna a lo largo del siglo XX por el poder en torno al liderazgo de uno de estos paradigmas.

Así planteado, el tema de «bienestar reducido» tiene efectos de malestar. El desgaste, el estancamiento y el vacío de contenido que discurre en los distintos discursos no son más que una consecuencia inevitable de la repetición. Ya nada dice nada, son postulados huecos, faltos de medios imprescindibles para el pensar y producir, solo queda la compulsión a la acción.

Referir al bienestar social y al Estado de bienestar resulta útil ya que ambos conceptos refieren de una u otra forma al par dialéctico oponente del malestar y el sufrimiento social, aunque al parecer cada uno de ellos es parte de un todo diferente. Este propósito, en sentido durkhemiano, se sustenta sobre la base ideológica de un concepto moral como lo es el de la solidaridad social, en tanto denominación del lazo social que justifica el logro de un fin colectivo que refiere a los supuestos estructurales y organizacionales de la sociedad, donde el Estado sería el único agente capaz de garantizar que esa solidaridad sea en efecto justa y redistributiva.

Por su lado Sottoli (2000) analiza la reorientación conceptual de la política social bajo el signo de la economía de mercado y la democracia que se procesa en la región sur de América en las últimas décadas. El énfasis, la autora lo coloca en el qué (contenidos de las políticas) y en el por qué (factores determinantes de las decisiones de política). O sea, se pregunta: a través de qué factores puede explicarse la reorientación de la política social. Su hipótesis es que los nuevos enfoques de política social se relacionan con los cambios en la estrategia de desarrollo y en la reorientación de la política económica en Latinoamérica, entendida como un avance frontal del neoliberalismo.

De esta nueva coyuntura, devienen una serie de políticas sociales emprendidas para superar la indigencia y la pobreza entre otras políticas públicas que conforman la plataforma electoral de los movimientos de izquierda de la región.

En el Uruguay esta plataforma tuvo como eje central en materia de protección social cubrir un piso mínimo de necesidades básicas de la población

de modo de superar los estragos de las políticas neoliberales y avanzar hacia el desarrollo de la ciudadanía. La propuesta progresista enumeraba una serie de cuestiones de atención urgente en el terreno de la justicia social, el mundo del trabajo, la problemática de la vivienda, la educación, la salud y la calidad de vida, la seguridad social, etc. Este proceso de reorientación de la política en el país, comienza con el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES) y en una segunda etapa plantea la implementación de una serie de planes específicos y sectoriales tendientes a recomponer la matriz de protección social estatal. En este marco surge el SNIS y su componente el PIPSM, políticas educativas como el Plan Ceibal que adjudica una computadora a cada niño o joven que concurre a centros de enseñanza pública; las de interrupción voluntaria del embarazo; la ley del matrimonio igualitario, las de lucha contra la violencia de género, entre otras tantas que se transversalizan y le han dado visibilidad internacional al país (Mirza, 2014: 79).

Notas sobre la polisemia del concepto Salud Mental¹⁰

*Las utopías no son pronósticos
ni proyecciones de datos
ni resultados de encuestas ni siquiera presagios;
más bien son destellos de la imaginación,
aspiraciones casi inverosímiles que sin embargo
llevan en sí mismas el germen de lo posible.
Una generación sin utopías
será siempre una generación atascada
(aunque tenga la obsesión de la velocidad)
e inmóvil (aunque se agite sin cesar).*

Mario Benedetti

En el marco del proceso de reformas promovidas en el Uruguay desde 2005, es oportuno reeditar el debate sobre el concepto de Salud Mental, aunque se trate de una vieja discusión que parece mantener distintas posiciones enfrentadas e irreconciliables los discursos. Definir el concepto de Salud Mental, como campo complejo que a la matriz biológica suma el componente subjetivo y el histórico-social, parecería ser una obviedad dentro de algunos círculos del pensamiento social. Sin embargo, se advierte la existencia de distintos exponentes que asignan a este campo variados significados y atribuyen diferentes implicancias en las prácticas profesionales pero también en el quehacer político.

Emiliano Galende (1997), entre otros muchos autores, sostiene que se suele pensar el concepto de Salud Mental como sinónimo de enfermedad mental, de modo que el padecimiento queda situado en el escenario individual de la existencia de las personas afectadas. Dice, además, que el objeto de la Salud Mental

10 El texto incluido en este punto corresponde a un extracto del artículo de nuestra autoría titulado «Salud Mental: un concepto polisémico», citado en la bibliografía.

no es la enfermedad, sino que el objeto de la Salud Mental se constituye en torno de un complejo constructo interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional.

La multiplicidad de sentidos con los que el término de Salud Mental fue introducido generó un nuevo foco desde el cual abordar los problemas, y este era el de comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales, y sociales en un sentido amplio... El objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad (Galende, 1997: 8).

Entonces es posible afirmar que la Salud depende de todos sus componentes y se encuentra históricamente determinada e íntimamente ligada a las condiciones de existencia, estilos de vida y de convivencia, en relación inclusiva con la colectividad a que se pertenece. La relación de reciprocidad también hace que los conflictos que afectan a una sociedad determinada incidan, generando específicas formas de padecimientos que, al igual que los «síntomas», expresan ese malestar y son a la vez una demanda implícita que llama a dar respuesta.

La Salud Mental de una comunidad está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad. Nadie recibe los hechos sin que atraviesen y se tiñan de todos los símbolos, sentidos y mitos que hacen a la individualidad de esa cultura (ídem: 10).

Si el sufrimiento humano como ya se ha dicho, no es solo producto del orden biológico sino también de un orden socio-cultural-histórico definido, no serían suficientes los sistemas clasificatorios psicopatológicos que no comprendan estas dimensiones.

La analogía entre los conceptos de Salud Mental y enfermedad mental contiene varios peligros conceptuales respecto a la forma en que se perciben, la forma en que se categorizan y el diagnóstico de los problemas de Salud Mental en función de la definición del objeto del área de conocimiento en que se ubique el observador.

Algunos posicionamientos conllevan limitaciones para identificar las situaciones de sufrimiento y estimar sus consecuencias que no son asimilables a las entidades nosográficas. Las clasificaciones de enfermedades, tales como el DSM¹¹ y CIE 10¹², sin duda son recursos útiles para rápidamente captar la complejidad de esas situaciones y para realizar análisis comparativos. En general promueven el modelo biopsicosocial, son instrumentos de probada eficacia y extendida utilización que a través de distintos ejes, intentan realizar una evaluación completa y sistemática de los trastornos mentales. La distinción multiaxial de los trastornos

11 DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión española Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

12 CIE Clasificación internacional de enfermedades.

no implicaría necesariamente fragmentar su conceptualización según ejes que atienden, como en el caso del DSM, a clasificar las enfermedades orgánicas, los problemas psicosociales y ambientales y el nivel de actividad. Más bien se proponen como forma de realizar una revisión minuciosa en un área tan compleja donde se entrecruzan y confunden los límites entre las dimensiones.

Respecto a la eminente edición del DSM V no podemos omitir la existencia de una resistencia mundial a la globalización de este instrumento. El debate planteado alrededor del nuevo Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría que reemplazará en breve al DSM IV vigente, ha recibido innumerables críticas:

Lo primero a señalar es que resulta asombroso que la increíble diversidad de formas y padecimientos humanos sea descripta y catalogada por una sola corporación —los psiquiatras— de un solo país del mundo —Estados Unidos de Norte América— y se la postule como herramienta prácticamente universal. Por ejemplo, existe la Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos, desarrollada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL, 2003). Más allá de que su forma y sistema de categorización no es novedoso (se apoya en el CIE-10), incluye una anotación latinoamericana para señalar las particularidades sintomáticas propias de la región de los cuadros generales, y un capítulo destinado a «Síndromes Culturales Latinoamericanos». Tales particularidades no encuentran referencia en el DSM-IV, pero este se utiliza en la Argentina mucho más que el latinoamericano (Stolkiner, 2013: 8).

El problema de su aplicación es que en las prácticas, las clasificaciones estadísticas de enfermedades han pasado de ser una guía que ordena la observación de los fenómenos epidemiológicos donde se asignan entidades mórbidas a través de criterios ya definidos, a ser un manual de uso extendido donde se fuerza a incluir los fenómenos dentro de las categorías preestablecidas.

Además en general, estas clasificaciones tipifican los problemas de Salud Mental en el orden de los trastornos mentales, con todas las implicancias que tiene sus significados en los estigmas, prejuicios y la estructura de desigualdades que se genera en la convivencia social. En especial, en el escenario latinoamericano donde resulta impensable comprender las situaciones de sufrimiento extremo en que las personas viven a través de una clasificación diagnóstica. Estudios realizados por Augsburger (2005) señalan que:

La lógica dicotómica de estados de salud o enfermedad no permite dar cuenta de todo un conjunto de situaciones que, afectando la salud mental, no consiguen ser encasilladas en uno u otro polo. Acentuar la noción de sufrimiento, padecimiento o malestar y distinguirla de la enfermedad permite recuperar la dimensión temporal, historizar el proceso que le da origen, otorgándole visibilidad a las relaciones que lo ligan con el proceso de constitución del sujeto singular con las vicisitudes y eventos de su vida cotidiana, así como con las condiciones objetivas de vida en el seno de su grupo social de pertenencia (Augsburger y Gerlero, 2005: 7).

En ese artículo las autoras sustentan teóricamente los fundamentos de la llamada Epidemiología Crítica en contraposición de la visión epidemiológica tradicional, desde la perspectiva interdisciplinaria de la Salud Mental a punto de partida de la categoría de sufrimiento. Ellas entienden que el objeto de estudio de la Epidemiología es la descripción y el análisis de las condiciones de producción y distribución de los procesos de salud-enfermedad de la población con la intención de intervenir sobre ellas para su transformación.

Es el atributo asignado a la capacidad de transformar lo que resulta interesante de la definición. Mirar la realidad desde la perspectiva de su transformación supone convenir en la posibilidad de modificar desde un saber disciplinar, los llamados determinantes de la Salud.

Es habitual que los estudios basados en la Epidemiología clásica, se concentren en explorar algunos factores de riesgo, por lo general de orden demográfico, que se asocian con la presencia de problemas conductuales o emocionales. En muchos de ellos, se privilegia el trabajo sobre los síntomas y signos desde un abordaje del problema de investigación en forma acrítica e indiferenciada de la categoría sujeto, tomando la dicotomía salud-enfermedad como situación estática, sin introducir la categoría del sufrimiento (Augsburger y Gerlero, 2005).

Desde esta perspectiva, la noción de Salud Mental, paradójicamente es conceptualizada sobre la idea de enfermedad (algunas veces como trastorno psicológico y otras como trastorno psiquiátrico y algunas otras como trastorno emocional). Pero siempre en el orden de los «trastornos» como mirada paralizada y no procesual dando por sobrentendido en forma taxativa que se trata de un problema de tipo biológico.

De lo que deviene la idea de enfermar como un hecho naturalizado, de carácter estrictamente biológico, sin introducir la interface con procesos sociales e históricos donde se producen, más que alguna variable demográfica en algunos casos. Esta perspectiva tiene implícita una visión monocausal de los procesos de sanar y enfermar donde no son considerados los determinantes sociales ni subjetivos de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Definir la categorización implica generar los campos de sentidos y prácticas que la acompañan: se trata obviamente de un proceso de hegemonía discursiva. Una de las características del DSM V es la forma en que amplía la gama de procesos mórbidos por medio de dos recursos centrales: la «patologización de procesos vitales» y la utilización del concepto de «riesgo» como elemento diagnóstico de intervención (Stolkiner, 2013: 8).

El método generalmente responde al paradigma de la Epidemiología desde una perspectiva convencional o tradicional, centrado en el individuo, propio del modelo médico hegemónico, donde las variables seleccionadas son descriptas como cuantificación de los atributos que más fácilmente se ven relacionados a los procesos biológicos. La asociación de estas con otras variables relativas a la estratificación social por ejemplo, parece devaluada a nivel casi anecdótico para el análisis de los procesos estudiados.

El procedimiento suele basarse en el despliegue de una batería de instrumentos y escalas, generalmente de difícil acceso, mediados por criterios de propiedad intelectual y registro de patente, que corresponden más a la economía de mercado que a la lógica de innovación de conocimiento.

Aparentemente los investigadores quedan satisfechos con los resultados obtenidos en los estudios de este tipo y logran publicaciones en revistas prestigiosas, aunque en general sean escasos los resultados aportados sobre las características sociales de las poblaciones estudiadas; queda devaluada la cuestión social y el tipo de redes sociales de que se dispone y prácticamente son inexistentes las referencias a variables subjetivas.

En general, estos estudios, no intentan comprender los fenómenos, solo se limitan a describir eventos y relacionarlos estadísticamente. Los resultados frecuentemente se limitan a explicar los fenómenos en una relación de causa-efecto, sin contemplar que son fenómenos sociales complejos que tienen fuertes implicancias subjetivas. Con frecuencia, las conclusiones son realizadas desde una concepción extremadamente medicalizada de los fenómenos, sobre todo cuando insisten en reclamar la necesidad de hacer estudios longitudinales en virtud de que se entiende que los uniformemente llamados «trastornos», son graves y con tendencia a la cronificación.

Los nuevos escenarios sociales se reinterpretan desde los paradigmas clásicos con expresiones discursivas, estudios y escritos, que más que desentrañar la profundidad y la contradicción de los hechos y formas, parecieran intentar reconciliar los intereses en conflicto, para finalmente cumplir con los lineamientos de la reproducción social del modelo capitalista.

En estas condiciones, los artificios por ocultar la debilidad del aparato conceptual y metodológico tradicional, han llevado a manejar el «paradigma» de la salud bajo una visión reduccionista e interpretar lo social como agregación estadística de datos individuales, que completa el círculo de razonamiento con el solo hecho de yuxtaponer las sumatorias de morbi-mortalidad con los llamados «factores socioeconómicos» para demostrar relaciones de asociación estadística.

Esta extendida y continua transgresión de los campos de interpretación y praxis de la clínica hacia la epidemiología, (de la cual no es ajena la Salud Mental), tiene como base de sustento, construcciones filosóficas e ideológicas en el desarrollo histórico-social del capitalismo contemporáneo.

Si definimos a la clínica como conjunto de conceptos, métodos y formatos de acción práctica que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud-enfermedad en la dimensión individual, su objeto de trabajo sería, por lo tanto, el conjunto de condiciones que se expresan finalmente en el individuo como manifestación de una compleja serie de determinaciones que operan en los procesos supra-individuales.

Debido a la naturaleza individual de su objeto, el quehacer clínico aporta como soporte teórico e instrumental, las ciencias que abarcan los procesos naturales. De esta manera la clínica prioriza las ciencias físicas y biológicas y recurre solo limitadamente a las Ciencias Sociales.

El método que utiliza el quehacer clínico es intensivo y profundo en el sentido que se aplica minucioso y exhaustivo en los procesos individuales de carácter orgánico-funcional, no siempre con la misma intensidad lo subjetivo y lo social. En correspondencia con la naturaleza individual de su objeto de estudio y el carácter intensivo de su método, las formas de acción clínica son igualmente singulares, sean estas de tipo preventivo primario, de tipo correctivo o rehabilitador.

Sin embargo, si visualizamos a la Epidemiología como disciplina científica, y sus avances en el proceso salud-enfermedad, como un conjunto de conceptos, métodos y formas de acción práctica que se aplican al conocimiento y transformación del proceso salud-enfermedad en la dimensión colectiva y social, su objeto de trabajo está conformado por los procesos sociales generales o en la expresión de las clases sociales o estructuras socioeconómicas particulares que determinan la producción y reproducción de las condiciones específicas. El cuerpo teórico e instrumental de apoyo por lo tanto, corresponde al campo de intersección entre las Ciencias Sociales y las Ciencias Naturales en su expresión supraindividual, mientras que el uso de la física y la biología lo hace con una expresión limitada. De este modo, la Epidemiología en correspondencia con su delimitación social y más amplio objeto de estudio ha ido construyendo métodos de corte extensivo idóneos, para hurgar los procesos estructurales y segmentarios, estableciendo observaciones masivas en el terreno empírico (Samaja, 2002).

Si somos consecuentes con esta línea de pensamiento, la Epidemiología debe ubicarse como una disciplina científica que no solo asocia estadísticamente variables, sino que tiene una acción fundamentalmente transformadora en lo social, inserta en el proceso salud-enfermedad y como determinante en el proceso productivo (trabajo-consumo), que tiene expresión en la estructura social, procesos estos vinculados con la reproducción social y las estructuras económicas, políticas, culturales y derivadas.

Mientras la Epidemiología convencional tiene como objeto la ocurrencia, distribución y factores asociados a las enfermedades en las poblaciones, la Epidemiología Crítica se ocupa del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en los colectivos, como construcción social. Es que la Epidemiología Crítica pretende ser una epidemiología de la desigualdad para poner de manifiesto que el principal determinante para enfermar y morir lo constituyen las condiciones de existencia en que viven los grupos poblacionales: este concepto interpela a la Epidemiología convencional para la cual los fenómenos sociales significan solo un factor de riesgo más.

La Epidemiología se ubica como disciplina dinamizadora de la Salud Colectiva capaz de incorporar al conjunto de saberes en Salud, los aportes de la Planificación y de las Ciencias Sociales, como movimiento alternativo de Salud Pública. Entre sus principales impulsores se encuentra Jaime Breilh y Edmundo Granda, que constituyen el llamado grupo de Quito, Asa Cristina Laurell en México y Naomar Almeida Filho en Brasil. (Hernández, 2009: 19).

Esta corriente de pensamiento surge en el marco histórico social del último siglo, donde si bien han sido numerosos los adelantos científico-tecnológicos en el campo de la Salud, también han aparecido nuevos problemas sociosanitarios propios de la modernidad tardía.

En la actualidad, la carencia de un instrumental idóneo de las posturas tradicionales es proporcional al arrastre de las ideas y métodos probadamente ineficaces de una epidemiología empírica, como solución de continuidad que se interpone entre los problemas de salud frecuentes en volumen y agudeza sobre las grandes mayorías de la población.

La necesidad de dar respuestas a las verdaderas demandas sociales está impregnada por una visión de «superficie» vigente y hegemónica que contribuye a limitar la articulación o desempeño orgánico del propio colectivo de la Salud.

Los servicios en los hospitales y hasta los propios manicomios pueden llamarse «de Salud Mental», aunque su trabajo puede ser absolutamente manicomial. Inclusive aunque tengan el barniz progresista con el sello del capitalismo del siglo XXI: apostar a que solo la medicación será la piedra del cambio, considerando que el resto de los «auxiliares» solo «entretienen» al paciente con «charlas» (psicoterapias), «talleres» (dispositivos grupales), y otros dispositivos descalificados como «auxiliares». Mientras, se le administra su «verdadera» terapéutica: la medicación. Todo esto bajo una supuesta científicidad que no la es, ya que no toma en cuenta la verdadera complejidad de las problemáticas del padecimiento subjetivo en su dimensión bio-psico-social (Vainer, 2007).

Si exploramos más a fondo, observamos que las variables que conforman el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, son tratadas como factores pertenecientes a diferentes sistemas que se conectan mutuamente en forma de eslabones, cuyas relaciones o asociaciones observadas empíricamente no interesa explicar o comprender.

Planteamientos como estos se inscriben taxativamente en una línea de pensamiento positivista, doctrina que establece como premisa esencial el reduccionismo natural de lo social y que incluye como supuesto que la relación entre los fenómenos debe formarse exclusivamente en términos funcionales de sucesión y semejanzas observadas, negando jurisdicción científica a la relación multicausal.

Desde una perspectiva histórica, los errores de interpretación y en consecuencia de acción y transformación, no son fruto de la equivocación humana individual, sino que son el producto del condicionamiento que establecen los fenómenos coyunturales. Reduciendo el estatuto legal de la sociedad a las leyes de la naturaleza y condenando la observación de las «cosas» sociales a su apariencia o contenido exterior, han podido elevar al plano de supuestos básicos del método del conocimiento de los hechos sociales. Acaso es posible que el descarte sistemático de las prenociones e intenciones valorativas que presupone el método positivista, su pretendida desafiliación ideológica, sea precisamente su ideología y su fundamento.

En suma, si estamos conceptualizando el proceso salud-enfermedad como proceso complejo, que a la matriz biológica suma el componente subjetivo y el histórico-social, (como decíamos anteriormente) y ampliando el objeto de la epidemiología al estudio de los efectos (vitalizantes y patogénicos), no es posible seguir utilizando acríticamente el método epidemiológico hegemónico.

La construcción epidemiológica alternativa al decir de Granda (2004), debe establecer como unidad directiva un proceso de conocimiento que asciende desde lo concreto directo o fenómeno epidemiológico, hacia la construcción de su esencia histórica y de sus determinaciones subjetivas. En tal caso, no se trataría de yuxtaponer artificiosamente los métodos de las Ciencias Sociales y el de la Epidemiología, ni simplemente de la concatenación exterior de dos apartados teóricos independientes.

No es que la epidemiología propiamente dicha comience su labor donde termina la teoría social, más bien la epidemiología es siempre pensamiento social, protagonista y producto de su medio, que releva los procesos particularmente importantes para entender la circunstancia del proceso salud-enfermedad de las poblaciones.

Haciendo como proponemos un recorte del tema en la interface entre ciencias de lo Social y de la Salud, desde la perspectiva conceptual de Salud Mental lo importante es reconocer en cada paso del conocimiento de nuestro objeto, que es el proceso salud-enfermedad la unidad de la realidad social y subjetiva en tanto realidad natural del ser humano.

Coincidimos con Kleinman (1980) y otros autores trabajados en el apartado dedicado a la categoría malestar social, en que la experiencia de sufrimiento es propia de la vida humana y hace a las condiciones de existencia. Sería entonces la forma en que las personas refieren a lo que más tarde el discurso médico decodificará en un síndrome patológico o enfermedad. Apropiación engañosa de saberes de la vida cotidiana que se devuelve como saber científico por mediación de categorías profesionales, en particular del saber médico.

La narrativa es la forma fenomenológica mediante la cual cada uno percibe la salud o la enfermedad, proceso denominado por Kleinman modelos explicativos, para dar cuenta de las ideas y creencias concernientes al malestar y a su tratamiento, que finalmente hacen a las afinidades o discrepancias entre el saber del hombre común y el saber profesional. Esto es lo que después de ser decodificado se registra en las historias clínicas, y de su regularidad estadística devienen los sistemas clasificatorios de las enfermedades.

Finalmente en la práctica, el modelo biomédico ha desvirtuado tanto la utilización de los sistemas clasificatorios en desmedro de la capacidad de comprensión del malestar humano, como pasaje desde un modelo explicativo a un modelo descriptivo que al no detectar enfermedad o trastorno, o bien no interviene o bien medicaliza el conflicto.

[...] ya no se recurre a la medicina y a los medicamentos solamente ante una situación vivida como enfermedad sino para «prevenir» riesgos, ampliar los límites corporales y reducir cualquier forma de malestar (Stolkiner, 2013: 17).

El poner en palabras constituye una forma de reapropiación de lo creado, de retomar y revincular lo propio que se ha vuelto ajeno, por su contenido de concreción. La producción de lo nuevo queda atrapada en la escucha de uno mismo y de los otros que organiza la representación en el hecho de narrar, cada una de las verbalizaciones se ensambla en otra historia más amplia y se reedita en un plano temporal más amplio para abrir nuevas significaciones. En el proceso de atención, la capacidad de resignificar el pasado está dada por la pretensión de las instituciones sanitarias de introducir modificaciones para corregir o reformular una desviación de la norma estadística.

A menudo las investigaciones sanitarias solo se remiten a establecer las relaciones de asociación entre los fenómenos como una mera relación entre eventos, sin atender mayormente cómo se integran a las totalidades que los comprenden. Los artículos científicos en los temas de salud-enfermedad suelen presentar una estructura característica pautada por una sucesión narrativa que capitula los antecedentes, los procedimientos empleados, los resultados correspondientes y que concluyen confirmaciones o refutaciones de hipótesis, que demuestran o no correlaciones estadísticas significativas, en donde lo que es llamado discusión es más bien una estructura retórica para dar argumento y persuadir al otro de sus puntos de vista.

Antecedentes

A continuación se realiza un breve repaso de lo que ha sido la expansión de la investigación en psicoterapia de las últimas décadas, fundamentalmente a partir de las transformaciones en los marcos teóricos que vinculan los conceptos de Salud Mental y derechos humanos, como se expusiera originalmente en el Primer Congreso de Salud Mental de la posguerra, realizado en Londres en 1948.

Luego de este breve repaso, se discuten algunas metodologías y se presentan algunas experiencias de la investigación uruguaya en Salud Mental y áreas afines.

Luego se justifica la necesidad de estimular estudios académicos que trasladan la acumulación universitaria como retorno en valores a la sociedad que la sustenta. Esta transferencia, además de aportar insumos para la planificación y gestión de programas de cuidados, podría significar para la ciudadanía, garantías éticas en la atención del sufrimiento social.

La expansión de la investigación en psicoterapia

Según distintos autores es posible identificar intervenciones psicoterapéuticas a fines del siglo XVIII y principios de siglo XIX, pero no es hasta después de la Segunda Guerra Mundial que se registran trabajos de investigación en esta área (Foucault, 2005). En la medida en que se fueron implementando transformaciones en los marcos teóricos que repercuten en las intervenciones de los sistemas de salud norteamericanos e ingleses, empiezan a surgir instituciones internacionales dedicadas a la Salud Mental que hacen énfasis en la vinculación de esta con los derechos humanos como es el caso de la Federación Mundial de Salud Mental, cuyo texto fundacional se expuso en Londres, en 1948 en ocasión del Primer Congreso de Salud Mental (De Lellis y Di Nella, 2007).

Para García (2008), la investigación en psicoterapia y otros abordajes en Salud Mental, se consolida recién en 1952, cuando con el trabajo de Hans Eysenck se abrió una polémica inédita en el ámbito académico y sanitarista de la época, al arrojar resultados negativos sobre los efectos de estas intervenciones para el caso de las neurosis. Es en ese mismo año, en que la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), incluye por primera vez un apartado dedicado a los trastornos mentales y también en ese mismo año aparece la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En ese contexto histórico es que se produce un viraje desde el tradicional enfoque individual que investigaba con metodología clásica como los estudios de casos clínicos, hacia un enfoque poblacional que permitiría aportar datos para la

planificación de los recursos humanos y materiales requeridos por el surgimiento de una nueva demanda. En efecto los acontecimientos históricos de la posguerra exigían a los Estados, políticas de protección o recuperación de la Salud Mental de grandes poblaciones conjuntamente con la instrumentación de dispositivos asistenciales eficientes acordes a estas problemáticas. En este proceso debieron implementarse sistemas de evaluación capaces de prevenir la agudización de las afecciones mentales que presentaba la población, así como producir resultados comprobables de recuperación en los pacientes.

Paralelamente se producía una superproducción de respuestas asistenciales fundamentalmente con la expansión del psicoanálisis y de las teorías de la conducta que luego serían conocidas como cognitivo-conductuales. La confrontación epistemológica entre los distintos marcos teóricos exigió evaluar los resultados terapéuticos de las diferentes corrientes, establecer las bases para determinar la confiabilidad y las formas de implementación de una u otra de estas técnicas psicoterapéuticas en las instituciones de salud.

Más tarde se incursionaría en algunas metodologías de investigación provenientes en su mayoría de los procedimientos epidemiológicos de la medicina, como los estudios factoriales con grupos experimentales, los grupos placebo y grupo control, con el propósito de controlar la validez interna y externa de los modelos psicoterapéuticos. A su vez se buscó hacerlos aplicables en otros escenarios y ajustarlos a diversas situaciones clínicas con la pretensión de establecer estándares metodológicos universales y globalizarlos.

Guimón (2008), realiza una revisión de los procedimientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales para finalmente reivindicar la necesidad de someter las prácticas a la evaluación de la eficacia dada la escasez de estudios que demuestran sus resultados favorables. Los esfuerzos por investigar, en cierta medida se fueron desvaneciendo por el incremento de la actividad asistencial en los ámbitos clínicos y los cuestionamientos sobre los procedimientos llevados a cabo por los estudios de eficacia. Mientras tanto, los movimientos de la Psiquiatría van logrando avances sustanciales a partir de estudios fundamentalmente focalizados en la línea de la psicofarmacología y las neurociencias, los cuales a su vez son cuestionados por Guimón entre otros, por su dudosa validez, confiabilidad y transparencia en el manejo de la información.

Siguiendo a Guimón, estas transformaciones se expresan en una polémica aún vigente respecto a las causas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Así el campo de estudio de la Salud Mental comienza a ser progresivamente concebido desde una visión integradora, como constructo que combina los determinantes biológicos con la perspectiva psicodinámica del desarrollo de la personalidad, asociado a la mirada histórica de las Ciencias Sociales.

Asimismo, desde el punto de vista normativo, han existido muchos intentos por encontrar un marco de regulación de las intervenciones en Salud Mental, de las prácticas psicoterapéuticas y de los abordajes psicosociales, tales como los llevados adelante por el Poder Legislativo de Francia en 2003, confirmando

por decreto al Ministerio de Sanidad la potestad de implementar las diferentes categorías psicoterapéuticas así como estipular las condiciones del ejercicio profesional en esta área tan compleja. Según Miller (*L'Monde*, 2003) este proceso legislativo se hizo sin que mediara ningún tipo de debate público, no obstante generó polémica entre los especialistas, quienes llegaron al consenso de que la gran dificultad es lograr determinar quién es que evalúa, con qué instrumento, desde qué paradigma se evalúa y cómo se evalúa la formación requerida para realizar estas intervenciones.

Con el correr del tiempo se han operado algunas modificaciones que pautan un notable aumento de la demanda social de estas prestaciones dando lugar al surgimiento de otras maneras de hacer, en sustitución de las modalidades clásicas de intervención, por cuanto la población exige garantías a modo de protección del consumidor o controles de calidad exigidos por parte de los seguros sociales respecto de la diversidad de formas de intervención.

Estas demandas intentan salirse del empirismo y se proponen infinidad de metodologías, instrumentos y escalas, evaluaciones a partir de resultados, establecimiento de series estadísticas, elaboración de protocolos, estandarización de las pautas, estudios pre-post. En general se trata de propuestas metodológicas que combinan procedimientos provenientes de la llamada Epidemiología Clásica y de los sondeos de mercado del tipo «marketing» o «satisfacción del cliente».

En general estos esfuerzos han sido de gran utilidad en otras áreas de la Salud, aunque administrados en el terreno de los conflictos emocionales, no dejarían de ser intentos por medir, codificar o cuantificar el sufrimiento, que, como ya comentáramos, no resultan aplicables en áreas complejas donde son muchas las esferas de la vida humana que se interrelacionan y que involucran contextos sociales e históricos diferentes.

Investigación basada en evidencias

No obstante estas consideraciones, en la línea de los esfuerzos que a lo largo del tiempo se han realizado, merece atención el desarrollo de lo que se ha dado en llamar Investigaciones basadas en la evidencia, metodología frecuentemente utilizada en la Medicina, aunque también en otras áreas del conocimiento bajo otras denominaciones. Según el Centro Cochrane Iberoamericano se trata de:

[...] el empleo de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre el cuidado integral de los pacientes o sobre la asistencia sanitaria. Las mejores evidencias actuales son la información actualizada de la investigación relevante y válida sobre los efectos de las diferentes intervenciones en la asistencia sanitaria, el potencial daño debido a la exposición a agentes particulares, la exactitud de las pruebas diagnósticas y el poder de predicción de los factores de pronóstico.

Las revisiones Cochrane en el área de la Salud son consideradas como la principal fuente gratuita de evidencia fiable gestionada por la red Bireme de la ops. Estas consisten en revisiones sistemáticas que puede hacer cualquier

persona para identificar los estudios relevantes en una materia, que luego se ordenan en una base de datos de alta calidad que permite el acceso a más de 2000 artículos que revisan intervenciones sanitarias.

El valor que tienen estas revisiones es que simplifican la búsqueda de antecedentes de investigación al aportar la información básica de cada estudio, lo que rápidamente permite orientar al investigador si se trata de trabajos relacionados al proyecto que pretende llevar adelante. Según el informe de las revisiones Cochrane de los últimos años realizadas por la Escuela Andaluza de Salud Pública en 2009, las evidencias sobre intervenciones en Salud Mental se concentran en poblaciones con trastornos graves y persistentes. En efecto, consultamos los resúmenes de los trabajos que se presentan en el campo de la Salud Mental en la revisión andaluza de referencia, (p. 59)¹³ y se trata básicamente de evaluación de programas de habilidades para enfermos mentales crónicos; evaluación desde los técnicos sobre programas comunitarios para enfermos mentales graves; sistema de residencias para personas con padecimiento psíquico severo; evaluación de tratamientos alternativos a la hospitalización de niños y jóvenes con enfermedad mental; tratamiento obligatorio no voluntario en la comunidad para personas con trastornos mentales graves.

Insistimos con la recopilación de antecedentes de investigaciones afines a nuestro estudio probando con distintos parámetros de búsqueda en internet, (en inglés, portugués y castellano). Mediante el parámetro «evaluación de servicios de psicoterapia y salud mental», encontramos que en la base de datos de la Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹⁴, se han registrado un total de 59 trabajos, en su mayoría incorporados a la red Medline. De estos, 39 tienen por objeto los trastornos mentales del tipo trastornos depresivos y depresivo mayor, las psicosis, las emergencias psiquiátricas, etc. Al parecer, no habría ninguno dedicado al estudio de intervenciones psicosociales.

Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS)

Según nuestra revisión, en la misma línea trabajarían aquellos equipos que utilizan el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, (WHO-AIMS, corresponde a su sigla en inglés, IESM-OMS es su sigla en español). Este instrumento constituye la base estratégica de la OMS para fortalecer la sistematización de información disponible en el sector en el marco del Plan de Acción Global de Salud Mental (mhGAP por sus siglas en

13 En los Anexos del informe andaluz, se puede consultar la Lista de revisiones y evidencias de la «Social Science Research Unit» realizados entre el año 1999 y 2009 (pp. 74-81) y una lista con diversos websites con revisiones sistemáticas en Salud Pública y Promoción de la Salud extraída del «Cochrane Public Health Group».

14 La Biblioteca Cochrane. Portal da Pesquisa de la Biblioteca Virtual em Saúde BVS contiene una base de datos de investigaciones especializadas de extendido prestigio entre los investigadores salubristas. El sitio se encuentra disponible en: <<http://bvsalud.org/exclusao-da-biblioteca-cochrane-da-bvs/>> y la hemos consultado en varias oportunidades. El último acceso fue el 14/8/2014.

inglés), ya que se fundamenta que permitiría identificar las principales fortalezas y debilidades de los sistemas de atención para una acción pública relevante.

Este ha sido desarrollado por el Equipo de Evidencia e Investigación (EEI) del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (DSM), Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con profesionales de dentro y fuera del organismo de cada país. Además ha contado con el asesoramiento de expertos. Benedetto Saraceno ha proporcionado la visión y guía general para recopilar información esencial sobre los sistemas de Salud Mental de los diferentes países o regiones. Claudio Miranda, José Miguel Caldas de Almeida, Jorge Cohen, entre otros colaboradores de varias Oficinas Regionales de la OMS, han organizado las distintas revisiones borradores de esta herramienta.

Según la OMS, es recomendable que se recoja información de los actores implicados, sin embargo el instrumento no tiene un apartado para ser cumplimentado por los usuarios ni los familiares. También sugiere que es conveniente la puesta en práctica del IESM por ser útil para concientizar y mejorar los servicios de Salud Mental, en la medida en que los países podrían desarrollar planes y programas sobre la base de parámetros iniciales concisos respecto a los objetivos, tal como se reporta en el Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América del Sur de 2011 llevado a cabo con el auspicio de la OPS para el análisis comparado de los sistemas de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

En lo referente a Uruguay, si bien en general el país cuenta con buenas bases de datos actualizados y accesibles, el reporte de referencia solo registra información en algunos de los ítems previstos por el instrumento, tanto en la evaluación regional de 2006 como en la de 2011. En ambas, se informan datos sociodemográficos que se encuentran disponibles en el Instituto de Estadística y Censos (INE) y alguna otra información sobre hospitalización psiquiátrica, a pesar de disponer de estadísticas en el MSP.

La información sobre Uruguay continúa desprovista de datos a lo largo de todo el informe. No informa (o bien no dispone de datos), sobre la distribución ocupacional de los psiquiatras en el sector público o privado; no informa sobre la especialización en Salud Mental de los psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales; solo aparece que el 11 % de los psicólogos tienen algún posgrado. Sobre capacitación en servicio solo informa que la recibieron el 13 % de los psiquiatras, mientras que el resto de las profesiones aparece como s/d. (p. 27). Igualmente no informa sobre la capacitación en servicio de un mínimo de dos días de duración en abordajes psicosociales y en intervenciones en Salud Mental Infantil, para ninguna de las profesiones (p. 29).

Respecto a la organización de la sociedad civil en torno a estos temas, el Informe dice expresamente que en Uruguay solo existían asociaciones de familiares de pacientes psiquiátricos en general con enfermedades graves y no había agrupaciones de usuarios.

En resumen, en el informe del IESM-OMS 2011, Uruguay no logra ni si quiera responder las seis secciones resultantes de las diez recomendaciones para mejorar la atención en Salud Mental sugeridas en el Informe Mundial del 2001. El propio informe concluye: «Un área deficitaria común que es altamente visible es la ausencia de información», (Capítulo Conclusión, p. 35).

El usuario como informante calificado

En la búsqueda de antecedentes específicos para esta investigación, se insiste en el rastreo mediante Internet. El último se realiza en noviembre-diciembre de 2013 con los parámetros «Salud Mental» y «Evaluación de los usuarios» en inglés y castellano.

En esa oportunidad se encontraron varios trabajos que resaltan la importancia de la perspectiva de los usuarios en la comprensión de la efectividad de los tratamientos y de los servicios y planes, aunque a veces estos estudios tienen escasa visibilidad por el sesgo de publicación predominante en esta área del conocimiento.

Encontramos que en nuestra región, desde la década de los sesenta, la participación comunitaria y el grado de control de la comunidad sobre las prestaciones se ha convertido en cuestiones centrales de la planificación de políticas y programas como consecuencia de la ampliación de la accesibilidad y la aparición de servicios especializados en el tratamiento de grupos sociales vulnerables.

En efecto, los servicios de Salud Mental paulatinamente han ido aumentando la oferta de tratamientos para poblaciones de bajos recursos socioeconómicos a la vez que han aumentado la demanda de vastos sectores desfavorecidos de la población general. Estos dispositivos que tienen lugar en varios países de Latinoamérica, van en paralelo al desarrollo de la evaluación de los servicios como derecho ciudadano y crece con fuerza la importancia del concepto de organización articulado con el de la evaluación de los servicios por parte de los usuarios que alienta la instalación de los consejos consultivos ciudadanos y de grupos de defensa del usuario, que participan en la planificación y control de los programas y políticas públicas.

Estudios a partir del Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ)

Según los estudios de Roberts y colaboradores (1983), la demostración de que los procedimientos de medición de la Satisfacción del Cliente son apropiados para su uso con los hispanos constituiría una contribución significativa en la consulta de los usuarios de los servicios de Salud como informantes calificados. Roberts y su equipo afirman que los hispanos constituyen uno de los grupos minoritarios más grandes de los Estados Unidos y la minoría étnica más grande en el suroeste de ese país. Además de su importancia numérica, la población hispana representa para los autores, un grupo cultural, histórica y demográficamente singular que, a su vez, presenta singularidades epidemiológicas generalmente

asociadas a una mayor prevalencia de problemas de conducta, derivados de las condiciones sociales en que en general se encuentran: factores de estrés producto de barreras lingüísticas, prejuicios y discriminación social que determinan condiciones laborales adversas; bajos ingresos, desempleo, subempleo; dificultades de aprendizaje y de acceso a la educación, a la salud, a la vivienda, etc. En otro orden, señalan estos autores, que son de dominio público los cuestionamientos sobre cómo han sido implementados los servicios de Salud Mental proporcionados a hispanos en los Estados Unidos y que ha sido un tema crítico por muchos años la falta de procedimientos de evaluación específicos que sean apropiados para su uso con estas poblaciones.

Diagnóstico evaluativo sobre servicios de Salud Mental en seis áreas argentinas

En esta línea, es de destacar el estudio multicéntrico realizado en 2007, como diagnóstico evaluativo sobre las políticas, planes y servicios que ofrecen cuidados en Salud Mental aplicado en seis áreas de la Argentina. Son varias las razones que vuelven especialmente relevante a esta investigación, finalizada en 2010, justo cuando Argentina sancionaba una ley nacional de Salud Mental, proceso que con avances y retrocesos ha sido vanguardia en la región. Desde el punto de vista metodológico, el valor del estudio radica en su carácter descriptivo riguroso sobre la base de fuentes primarias y secundarias (básicamente análisis documental y entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales). Otro rasgo metodológico relevante es la función evaluativa que asume el estudio para construir un diagnóstico situacional orientado a describir en forma comprensiva las políticas, planes y servicios dedicados al cuidado de la Salud Mental en cada una de las seis provincias seleccionadas que cuentan al iniciarse el trabajo, con legislación específica en este campo. En tercer lugar importa destacar otro aporte de esta investigación, al incorporar la visión que los actores construyen sobre el conjunto del proceso de cuidado de la Salud Mental:

[...] el estudio se amplía con la participación y visión de los sujetos involucrados en la creación, organización e implementación de las intervenciones sanitarias... este estudio incorpora el espectro diverso de contribuciones conceptuales e instrumentales de carácter cuantitativo y cualitativo, de manera de percibir dinámicas, estructuras, acciones de los sujetos, indicadores y relaciones entre lo micro y lo macro de los diferentes contextos evaluados (Gerlero y Augsburg, 2012: 25).

Investigación por la Escala de Satisfacción del Servicio de Verona (vsss)

Según Ruggeri y otros (2003), los resultados de las investigaciones en materia de satisfacción con los servicios de Salud Mental, por mucho tiempo han sido obstaculizados por diseños de mala calidad y por el uso generalizado de métodos no estandarizados.

El mayor problema, para la autora, ha sido la inadecuación de los instrumentos utilizados en la gran mayoría de los estudios. Entiende que si bien es importante demostrar la calidad psicométrica, se han descuidado aspectos tales como la aceptabilidad, la sensibilidad, la validez, la fiabilidad del instrumento seleccionado. Sostiene que siendo la satisfacción un concepto multidimensional, con frecuencia los instrumentos se han limitado a relevar una o dos dimensiones de la Salud Mental. Nosotros agregaríamos que los instrumentos disponibles generalmente revisan aspectos de la esfera biológica y algún aspecto psicológico o comportamental de estos fenómenos, devaluando las determinaciones sociales por cuanto, no solo puede pasar desapercibido cualquier desconformidad de los usuarios, sino que además se refuerza el estigma respecto de que estos son inherentemente incapaces de emitir opinión de satisfacción y no es de extrañar que estas mediciones reporten una distribución distorsionada con alta calificación de satisfacción.

Si bien estas dificultades existen, en los últimos años se ha producido un creciente conjunto de evidencias que han demostrado que los autoinformes subjetivos, incluso de quienes sufren un trastorno grave y persistente, resultan confiables. Esto sugiere que la gravedad de la enfermedad en sí no socavaría necesariamente la capacidad de las personas para informar respecto de sus experiencias.

Sostienen los autores que la satisfacción desde la perspectiva del usuario sería una variable clave en la determinación de la eficacia de las intervenciones, en función de que se sabe que una evaluación negativa respecto a las intervenciones suele estar asociada con la sensación de menor mejoría psicopatológica y con tratamientos más prolongados (Ruggeri y otros, 2003).

Antecedentes de estudios sobre Salud Mental en el Uruguay¹⁵

Con la creación en 2009 del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) en el marco de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por el segundo gobierno progresista del país, se da un importante estímulo a la generación de conocimientos en el ámbito nacional, que viene a complementar lo que con escaso presupuesto venía fomentando la Universidad desde 1990 a través de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC-Udelar).

En efecto, en los últimos años se ha producido un incremento en la producción de conocimiento en general, y en particular en el campo de la Salud Mental. Estos estudios abordan distintas aristas: políticas públicas, investigación sobre intervenciones (principalmente en psicoterapia y rehabilitación), psicología y psicología clínica, estudios por líneas teóricas, estudios de impacto con medición pre-post de las intervenciones en diferentes áreas, (en el campo jurídico, de la salud, la educación,

15 Se toman fragmentos de la revisión de antecedentes realizada en el informe final de la Investigación «Complejidad Social y Salud Mental» realizada con el apoyo de la CSIC-Udelar que ya hemos comentado en varias oportunidades a lo largo de este texto.

organización del trabajo, etc.). La progresiva expansión de estos estudios no solo se desarrolla en el ámbito académico sino también por otras organizaciones, en especial las asociaciones científicas y las agrupaciones gremiales, así como aquellas organizaciones que se ocupan de la problemática de una patología específica¹⁶.

Según el relevamiento que hemos realizado, es posible afirmar que si bien la investigación en Salud Mental en el Uruguay aún sigue teniendo poco desarrollo porque resulta escaso el apoyo financiero, se reconoce la existencia de nuevas y variadas iniciativas, aunque aún funcionan por separado y en forma aislada.

Existen estudios realizados desde las disciplinas médicas, en especial desde la psiquiatría y la farmacología, que en su mayoría analizan población clínica desde la perspectiva epidemiológica a partir de criterios clásicos. Algunos indagaban la morbilidad psíquica en la población general, otros hacen estudios de prevalencia y de incidencia de los trastornos mentales. Están quienes estudian población hospitalaria de los servicios psiquiátricos y de medicina general en atención primaria. Los más frecuentes son los desarrollos que utilizan distintas clasificaciones, como el CIE 10 y el DSM para el estudio de alguna patología, (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, depresión, conductas suicidas e intentos de autoeliminación, abuso de sustancias, etc.).

Desde la Psicología, se encuentran innumerables trabajos que relevan variables desde distintas líneas metodológicas y variadas perspectivas teóricas. En general, quienes trabajan con propósitos de evaluación, emplean alguna metodología del tipo cualitativo para el estudio de los estilos de vida, las estrategias de afrontamiento individual a la ansiedad y la tolerancia a la frustración, o como capacidad de mantener un nivel de integración personal ante situaciones de presión. También revisten especial importancia las líneas de investigación desarrolladas sobre cambio psíquico e impacto de las intervenciones (de Souza y Guerrero, 2005).

Desde las disciplinas que estudian la sociedad, se destacan los esfuerzos que buscan evaluar la viabilidad de implementar en el país un sistema nacional de cuidados en salud, en especial uno llevado adelante por el Departamento de Sociología, FCS-Udelar que ha sido apoyado por CSIC-Udelar, PNUD y CEPAL. Este trabajo, mediante encuesta en tres etapas, procura describir y cuantificar los cuidados no remunerados en salud que proveen los hogares uruguayos, de modo de conocer cómo se distribuye la tarea entre varones y mujeres y cuáles son las consecuencias de este desempeño en la vida de los cuidadores. Dentro del grupo de personas que no pueden valerse por sí mismas, se incluyen los discapacitados por problemas mentales (Batthyány, Aguirre, Genta, Perrotta y Scavino, 2014).

Otros trabajos en general de tipo interdisciplinario concentrados en problemas de la psicología médica realizan mediciones por medio de distintas escalas en torno a enfermedades específicas como diabetes, cáncer, trastornos alimentarios, esclerosis múltiples, VIH/sida o sobre las consecuencias emocionales de

16 La lista de estas asociaciones, gremiales y organizaciones de la sociedad civil es muy extensa como para enumerarlas sin omitir ninguna. Solo se citan algunas grandes líneas de investigación o algunos programas de larga trayectoria.

las enfermedades orgánicas o los procesos de estas enfermedades en comorbilidad con trastornos mentales, etc. Como ya se ha señalado estos últimos son cuestionados porque también se aduce habitualmente que están alteradas las capacidades de quienes sufren un trastorno mental para valorar su capacidad de vida (Casas, 1998). No obstante son estudios que realizan un aporte sustantivo al explorar en este terreno, especialmente por su condición interdisciplinaria en particular al vincular diferentes especialidades médicas.

En suma, son varios los estudios que proponen considerar las condiciones objetivas y también las subjetivas, como variables centrales para obtener información sobre la percepción y la evaluación que las personas hacen respecto de su vida, sus vínculos interpersonales, las distintas formas de intervención y las estructuras sociopolíticas e institucionales.

Estudios sobre Calidad de Vida (CVRS)

En esta línea interesan los aportes realizados por los estudios sobre Calidad de Vida (de CVRS por sus siglas en inglés) llevados adelante por el equipo de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar), dado que tienden a dar la misma importancia a la observación clínica de la enfermedad que al reporte que el paciente hace respecto de su padecimiento y a la percepción de la familia sobre la sobrecarga que esta situación implica en cuanto a cuidados y gastos de tratamientos. Estos trabajos tienen como propósito resaltar la importancia de la percepción del paciente, sus deseos y motivaciones en el proceso salud-enfermedad así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. Un aporte sustantivo de las evaluaciones de CVRS es que parten del presupuesto de que los sujetos son capaces de analizar su estado de salud, discriminándolos de otras esferas del acontecer humano (nivel de ingresos, condiciones laborales, relaciones interpersonales, recursos de afrontamiento personal) (Schwartzmann, 2003). En especial, interesa esta línea de acumulación porque se orienta a la verificación empírica del modelo propuesto, como forma de sumar evidencia científica que permita trascender el modelo biomédico que fundamentalmente apunta a la matriz biológica de las enfermedades, para reorientar la mirada hacia un modelo biopsicosocial integral.

Estudio multicéntrico para reorientar la APS en la reforma de Salud

Encontramos un análisis de la Atención Primaria en Salud (APS) en Uruguay realizado en 2009 por el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina (Udelar). Si bien no es exactamente un estudio en Salud Mental, interesa ya que el eje de investigación es comunitario. En el marco de un estudio multicéntrico, este trabajo tiene por objetivo identificar posibilidades para reorientar la APS como estrategia central de la reforma del sector en cuatro países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay). La metodología de corte cualitativo se desarrolla a partir de revisión bibliográfica y entrevistas a informantes calificados (gestores y expertos que ocupan cargos de

dirección, asociaciones profesionales y organizaciones de la sociedad civil). Para el análisis de información se realizó análisis de contenido según las variables seleccionadas para el estudio: capacidad de conducción de la APS, financiamiento, recursos, integralidad y continuidad de los cuidados, intersectorialidad y futuro de la APS dentro del SNIS. Los resultados principales dan cuenta de que la segmentación presente antes de la puesta en marcha de la reforma del sector, así como el bajo nivel de coordinación de los cuidados no se han modificado; lo que, según los investigadores, se relaciona con baja capacidad de gestión, problemas organizacionales y escasez de recursos humanos para la implementación de la estrategia de APS (Sollazzo y Berterretche, 2011).

Estudio de caso: accesibilidad a un Centro de Salud Mental de Montevideo

Otro hallazgo ha sido un estudio de iniciación a la investigación que obtuviera el apoyo de la CSIC en el llamado 2010, (Cano y otros, 2013) publicado *on line* cuando ya teníamos avanzado el apartado de Antecedentes. Se trata de un estudio de caso acotado a un servicio del sector público dependiente de ASSE, ubicado en un barrio periférico de la ciudad de Montevideo. Este se plantea estudiar las condiciones de accesibilidad a través de fuentes primarias provista por gestores, trabajadores de la salud y usuarios. La accesibilidad es definida por el equipo de investigación como:

el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios de salud. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (Solitario, Garbus y Stolkiner, p. 264 citado por Cano, 2013: 45).

La metodología de corte cualitativo indaga los sentidos, valoraciones y expectativas atribuidos por los distintos actores, a través de un muestreo intencional teórico relativo al grado de representatividad, accesibilidad, homogeneidad y heterogeneidad. Las técnicas utilizadas son las entrevistas semidirigidas, las observaciones de campo y los talleres de discusión, además del relevamiento y sistematización de antecedentes y fuentes secundarias de información.

Los resultados del trabajo identifican las condiciones de accesibilidad consideradas desde la perspectiva de cada componente. Las conclusiones si bien responden a un estudio de caso único, hubiera sido un insumo valioso para nuestro estudio y resultan estimulantes para seguir profundizando en el tema con la esperanza que tal vez, colectivamente, lleguemos a formular un sistema de control de calidad y satisfacción de los usuarios, que garantice los derechos ciudadanos.

Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas

Una línea de investigación de especial interés, donde nos desempeñamos profesionalmente desde sus comienzos en 1986, es la iniciada por el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas y el posgrado creado en consecuencia en la Escuela de Graduados

de la Facultad de Medicina, como Diploma de Especialización en Psicoterapia en los Servicios de Salud. Estos desarrollos académicos han sido vanguardia en el proceso de transformaciones en Salud Mental en nuestro país (Fernández Castrillo, Gerpe, Montado y Palermo, 2010).

Este Programa hospitalario desde su origen constituyó una propuesta universitaria con una capacidad asistencial delimitada por los cometidos académicos, con un cupo estable de unos cincuenta tratamientos psicoterapéuticos anuales, los cuales en promedio han tenido una duración por encima de los 24 meses y han sido proporcionados mediante atención gratuita, mayoritariamente por psicólogos graduados en formación.

Desde 1990 en que se crea el llamado Equipo de Investigación Empírica del Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas, la actividad académica ha estado sostenida por un proceso de investigación permanente¹⁷ que progresivamente ha ido introduciendo distintos instrumentos cuantitativos para su descripción y evaluación respecto de algunas características de la población asistida, de los psicoterapeutas, del curso temporal del procedimiento y establecer algunos controles de calidad, construidos a partir del Modelo Genérico del equipo de Kenneth Howard del Programa de Psicoterapia del Instituto de Psiquiatría de Northwestern Memorial Hospital (Howard, Orlinsky y Lueger 1994), (Howard, 1988-1993).

El objetivo estratégico del Equipo de Investigación a lo largo de estos años ha sido y es desarrollar y profundizar una metodología de investigación en psicoterapia dirigida a perfeccionar la construcción de programas, técnicas y prácticas aptas para ser incorporadas a los servicios de Salud y Salud Mental

La metodología empleada, además de incorporar la visión técnica tradicional de terapeutas y psiquiatras tratantes para evaluar las intervenciones, da especial importancia al reporte que hace el paciente respecto de la autopercepción de su estado antes y después de la intervención. Toda esta información se procesa sistemáticamente para conformar un banco de datos permanente del Programa.

La formulación genérica de la Psicoterapia es estudiada a través de cuatro conjuntos de variables que podrían estar incidiendo en los perfiles que asumen estas en cualquier contexto, para el caso en el contexto de un hospital universitario. Dicho proceso deviene de la conjugación de las variables que refieren al usuario (U_i); al terapeuta (T_j), al diseño terapéutico (D_k), y a la red o marco social en que tienen lugar, (R_l), la cual se puede representar a través de la siguiente formulación:

$$P_{st} = f(U_i, T_j, D_k, R_l).$$

17 A lo largo de esta trayectoria, la metodología y los resultados de investigación han sido puesto a discusión en varios eventos nacionales y regionales, en especial a través del Capítulo Latinoamericano de la SPR (Society for Psychotherapy Research) además de haber sido difundidos a través de varias publicaciones, algunas de las cuales se encuentran citadas en la bibliografía.

Han sido varios los proyectos de investigación realizados por este equipo, cinco de los cuales merecieron la aprobación académica y financiera por parte de la CSIC-Udelar y otro proyecto obtuvo el 1.º Premio Beca de Investigación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.¹⁸

Las líneas de investigación se han concentrado en:

- la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos realizados,
- la eficiencia y adecuación de los tratamientos psicoterapéuticos al modelo hospitalario en un servicio de Salud Mental,
- la persistencia de los efectos psicoterapéuticos,
- la relación dosis/efecto, el problema de la duración de la psicoterapia,
- la eficacia de las derivaciones con relación a los ingresos efectivamente concretados y estudio de la viabilidad de una etapa preterapia.

Ya casi al finalizar la redacción del presente informe de tesis seguimos encontrando materiales, lecturas e investigaciones que nos complacería al menos citar; pero se nos hace difícil acompañar el caudal de información al cual se puede acceder actualmente a través de las tecnologías disponibles.

El incremento paulatino pero sostenido de iniciativas de investigación en estos temas ha permitido en los últimos tiempos consolidar un espacio autoconvocado para el intercambio teórico y metodológico, de modo de reactivar la red de investigadores en psicoterapia uruguaya, que ha estado integrada al Capítulo Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR), desde su creación en Mendoza en 1992.

18 El Primer Premio Beca de Investigación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay otorgado en 1994 corresponde al Proyecto: «Investigación en un programa de Psicoterapia Psicoanalítica a nivel institucional», cuya publicación se encuentra citada en la bibliografía. Este fue presentado por Ángel M. Ginés en calidad de investigador responsable y como investigadores asociados Luis Puerto, Julia Perelman, Claudia Ceroni, Ana Palermo, Gabriela Montado, Cristina Gerpe, y Beatriz Fernández Castrillo. Las cuatro últimas integrantes conforman el grupo estable en el tiempo de un equipo de investigación de ingreso abierto y permanente.

Pretextos, propósitos e interrogantes

Por qué y para qué del estudio

Si bien existe una noción de pretexto que confiere importancia a los hechos previos que dan lugar a un texto, en nuestro caso los acontecimientos históricos políticos que dan origen a nuevas normativas para el desarrollo de políticas públicas en Salud y Salud Mental, el término pretexto en realidad referiría a aquello que justifica hacer algo o no hacerlo encontrando cómo excusarse de no haberlo hecho. En este apartado nos interesa tomar la expresión en su acepción habitual para dar cuenta, más allá de motivaciones personales, del por qué y el para qué de esta investigación.

Ante todo, es necesario destacar que en torno al problema que es objeto de estudio se conjugan una serie de tensiones que lo ubican en la intersección de intereses de distintos agentes sociales preocupados por los destinos de una enorme inversión de capital económico, político, social y simbólico (Bourdieu, 1997) que está haciendo la sociedad uruguaya en su conjunto para avanzar en la reforma del Estado.

La condición de prioridad nacional otorgada a la Salud Mental en la agenda política uruguaya justificaría por sí la necesidad de un seguimiento del funcionamiento del sistema. La propia redacción del plan prevé la observación sistemática como mecanismo para obtener controles de calidad de las prestaciones y

asegurar en forma universal y equitativa los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las demandas de la población... Así se tiende a salvar diferencias injustas y evitables, principio fundamental para lograr la equidad (MSP-PIPSM Decreto 305: 2011: 3).

Consigna en forma expresa que resulta de gran importancia su monitoreo a efectos de obtener insumos, mediciones de impacto así como realizar seguimientos y adecuaciones a los nuevos requerimientos, que afirman son de gran relevancia para el país; con el fin de dar respuestas adecuadas y de calidad.

La Universidad de la República, por su parte, también ha demostrado interés apoyando distintos emprendimientos académicos en estas temáticas en varias oportunidades, a través de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC). Muestra de ello es que ha dado su aval académico y financiero en cinco oportunidades al Equipo de Investigación del Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas que además obtiene el apoyo para la publicación de un libro que recoge la versión de distintos protagonistas sobre la experiencia de psicoterapia hospitalaria realizada en este Programa (Fernández Castrillo, Gerpe y Villalba, 2010).

En efecto, la Universidad también ha apoyado emprendimientos académicos de distinta naturaleza, tanto en la dedicación horaria docente a estos temas como a la divulgación a través de programas de movilidad docente o de publicación y difusión de resultados de investigación.

Trasladar la acumulación universitaria hacia una política pública nacional podría interpretarse como el retorno en valores de capital de la Universidad a la sociedad que la sustenta. La investigación tiene significación social en la medida que pueda aportar solución a los problemas de la sociedad. Corresponde entonces a la actividad académica, en este caso, realizar y recrear una observación empírica con base científica para estudiar la implementación de un plan quinquenal en Salud Mental. Para ello proponemos recoger información proveniente de distintas fuentes primarias y secundarias así como de informantes calificados a efectos de contribuir a la evaluación del compromiso ético político asumido en el marco de las transformaciones emprendidas por el gobierno progresista.

A su vez, los procesos de reforma en Salud Mental que se están produciendo en toda América Latina imponen la necesidad de desarrollar redes de conocimiento para la implementación de servicios comunitarios. Estas reformas en políticas estructurales exigen la formación de recursos humanos del más alto nivel para el diseño de investigaciones y la adquisición de capacidades para la planificación estratégica de servicios comunitarios fundamentalmente en el primer nivel de atención, el diseño y la gestión de programas para la prevención, promoción y tratamiento del sufrimiento mental, la interdisciplina, la apuesta al diseño y gestión de programas de cuidados con participación de la comunidad. La alternativa de dicho proceso de transformaciones sociales, dependerá en gran medida de la existencia de investigadores rigurosos y docentes del mayor nivel académico capaces de colaborar en la orientación de los programas universitarios hacia los nuevos criterios de atención a la Salud Mental.

Desde los organismos internacionales se recomienda insistentemente el desarrollo de líneas de investigación que provean de insumos a planificadores y administradores para hacer una toma más racional de decisiones en Salud y Salud Mental. La ops, además, recomienda la profundización de estudios epidemiológicos de diagnóstico y evaluación en programas de servicios especializados a todos los niveles de atención, y enfatiza la necesidad de incorporar aportes desde las Ciencias Sociales que recojan información acerca de los procesos socioculturales asociados a la preservación, pérdida y recuperación de la salud.

Propósitos e interrogantes

Esta investigación se realiza con el propósito de estudiar el proceso de implementación del Plan de prestaciones en Salud Mental destinado para la población adulta, en el marco del SNIS en Uruguay en sus dos primeros años de ejecución (2012-2013).

Para ello es necesario realizar una revisión histórica de los antecedentes del plan a efectos de identificar, ordenar y analizar la información disponible, en

especial la normativa legal sobre Salud Mental existente en Uruguay. Interesa además investigar en detalle en qué consiste el PIPSM-SNIS y cómo ha sido desarrollado en algunos servicios del subsector público y privado en distintas regiones del país. Para ello se relevan variables que permitan hacer una aproximación descriptiva sobre el funcionamiento global del plan: mecanismos de acceso y cobertura asistencial, accesibilidad por el arancel adicional cobrado a los usuarios, formación y supervisión de los técnicos, existencia de sistemas de registro y control de calidad de las prestaciones, etc.

Del mismo modo creemos necesario indagar sobre la perspectiva que tienen respecto del plan y cómo perciben el proceso de implementación de este; los decisores políticos; los técnicos y los académicos calificados en intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales. Especial interés presenta la indagación sobre la perspectiva que tienen los usuarios mayores de 18 años de las intervenciones comprendidas en el plan destinadas a los adultos, y cómo ellos perciben el proceso de implementación de este. Con la información recogida y sistematizada se cree estar en condiciones de poder dar respuesta a algunas de las interrogantes que se enumeran a continuación y que han sido las que nos movilizaron en este trabajo:

1. ¿Existen distintos significados atribuidos al concepto de Salud Mental en la sociedad uruguaya?
2. ¿Cuál es la normativa legal sobre Salud Mental en el Uruguay?
3. ¿El PIPSM-SNIS tiene posibilidades de continuar en el futuro?
4. ¿Durante 2012-2013 se han logrado alcanzar los lineamientos previstos por el PIPSM-SNIS para el primer período? (Designación de responsables y referentes, Comités de Recepción, etc.).
5. ¿Los prestadores integrales de Salud cuentan con registros y sistematización de las intervenciones?
6. ¿Existe complementariedad público-privada en el PIPSM-SNIS?
7. ¿Es posible describir el desempeño de los distintos actores en la coyuntura del PIPSM-SNIS?
8. ¿Los prestadores integrales de Salud ofrecen supervisión y formación a sus técnicos encargados de las prestaciones?
9. ¿Los usuarios se encuentran informados y están conformes respecto del PIPSM-SNIS?
10. ¿Cómo impacta el PIPSM-SNIS sobre las prácticas, los actores involucrados y los contextos sociales?
11. ¿Existe cultura evaluativa en el sistema de Salud Mental uruguayo?
12. ¿Son aplicables los instrumentos recomendados por los organismos internacionales para evaluar el funcionamiento global del PIPSM-SNIS?

Metodología

*No pretendamos que las cosas cambien
si siempre hacemos lo mismo*

Albert Einstein

Algunas precisiones preliminares

Este proyecto se propuso realizar un corte transversal en los dos primeros años de implementación de una política en Salud Mental prevista para ser desarrollada a lo largo de un quinquenio. Se trata de un estudio de tipo descriptivo, analítico relacional y exploratorio, enmarcado en el paradigma cualitativo (Krause, 1995), que pretende contribuir a documentar con fines evaluativos una política pública en un país en vías de desarrollo.

En nuestro caso, el objeto de estudio lo constituye el proceso de implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental durante 2012 y 2013 en el marco de la reforma promovida por el SNIS. Este proceso trascendería el ámbito estrictamente sanitario, si efectivamente lograra consolidar un proyecto ético político de cuidado de la Salud y preservación de la convivencia, que evite la cronificación del malestar social.

El estudio ha sido concebido como aproximación investigativa, en la medida que sea capaz de contribuir a generar nuevo conocimiento sobre la base de la sistematización de evidencias implicadas en las prácticas en este complejo campo. A su vez, ha sido concebido como investigación aplicada, ya que sus resultados pretenden contribuir a la evaluación de estas prestaciones. De los logros y viabilidad del plan, depende la inclusión social de vastos sectores de la población, que hasta el momento solo tenían acceso a estos recursos psicosociales en el marco de la oferta privada de consultorio, con aranceles de alto costo.

Dado que se trata de investigar los procesos de implementación de una política de reciente instrumentación, la aplicabilidad de sus resultados pretende, además, constituir insumos oportunos para hacer los ajustes sobre la marcha o aportar avances preliminares, dado que si bien existen muchos proyectos en ejecución, este es un tema que ha sido poco explorado.

En efecto, actualmente en nuestro país existen muchas investigaciones en el campo de las problemáticas mentales desde muy distintas aristas, que se centran en diferentes objetos, trabajan distintas variables, operacionalizan distintos procedimientos tanto de corte cuantitativo como cualitativo, los cuales se podrían agrupar en:

- estudios que buscan identificar trastornos mentales por medio de sistemas nosológicos y entrevistas diagnósticas estandarizadas,
- estudios que evalúan la eficacia de los servicios de salud, en especial donde se atiende población con trastornos graves y persistentes como la psicosis, el trastorno bipolar, o enfermedades mentales invalidantes como el retardo mental severo y la parálisis cerebral,
- estudios que procuran proveer de insumos para la planificación y gestión de programas asistenciales desde una óptica economicista, como los propios del campo de la Economía de la Salud,
- estudios que identifican factores de riesgo desde la Epidemiología clínica tradicional en Medicina.

Dentro de la esfera más de corte comunitario, otro tipo de trabajos han indagado distintos aspectos de los procesos de prevención de los factores de riesgo de la enfermedad mental, mientras que otros han estudiado la efectividad de las diversas modalidades de intervención psicoterapéutica. A esta altura del desarrollo del conocimiento acumulado, la evidencia no ofrece discusión y parecería innecesario comparar resultados según corriente teórica sobre estas prácticas.

También existen muchos desarrollos a partir de la utilización de escalas de difícil acceso como instrumento de medición libre y gratuita. A su vez, estas mediciones estandarizadas ofrecen reparos en estudios con pequeñas poblaciones que sufren problemáticas psicosociales o malestar psíquico, que no constituyen trastornos propiamente dichos.

La vastedad de las investigaciones en este campo, no se correlaciona con la cantidad de estudios sistemáticos disponibles sobre políticas, planes y programas que justifiquen científicamente su implementación. A no ser aquellos que utilizan evaluación de resultados que requieren de alta financiación, como las pruebas aleatorias controladas o estudios longitudinales, trabajando por ejemplo con diseños pre-post que requerirían contar con registros previos para poder comparar indicadores, realizar varias mediciones y estimación de resultados.

Estas no son las condiciones en que se realiza el presente trabajo. Dado que se trata de un estudio académico de bajo costo, con escasos recursos y acotado en el tiempo, parecería conveniente optimizar las fuentes de datos disponibles.

En consecuencia nos remitimos a hacer un recorte metodológico (Bourdieu, 1988) (y por qué no presupuestal), en la evidencia de las prácticas implicadas en las intervenciones recogiendo información desde distintas procedencias, a modo de una primera aproximación a tan complejo sistema.

Diseño del estudio

Cuando se propone utilizar metodología cualitativa, se habla de un procedimiento sistemático «... que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable» (Taylor-Bodgan, 1987: 20). La realidad está constituida por las diversas orientaciones y significados que le otorgan los sujetos implicados en los fenómenos sociales y esto es lo que interesa investigar.

La condición de cualitativa está dada, entre muchos otros factores, por el hecho de que el objeto de estudio (en nuestro caso una política pública en Salud Mental) es estudiado desde diferentes ángulos y es preliminar, ya que recién se lo empezará a conocer una vez avanzada la investigación. En consecuencia el predominio metodológico lo tiene la interacción entre la recolección de datos, el análisis y la elaboración de resultados (Krause, 1995: 20).

El carácter descriptivo de un estudio muchas veces aparece devaluado en su calidad, no obstante es útil por el vacío existente en el tema. Por ello puede ser valioso ordenar información para describir los eventos y el comportamiento cuantitativo de las variables intervinientes, tanto para organizar y clasificar los datos como para revelar las propiedades que no se perciben a simple vista. Relacionado con esto, el carácter exploratorio del estudio está representado por el valor potencial que pueden alcanzar sus resultados, ya que esta política en marcha aún ha sido poco estudiada y hacen falta insumos que contribuyan a la construcción de indicadores de evaluación.

La discusión entre metodología cuantitativa y cualitativa tiene una larga historia. En un sentido weberiano, se puede decir que la aproximación científica en las ciencias naturales busca explicar los fenómenos, mientras que en las Ciencias Sociales busca comprenderlos. Ambas modalidades se basan en una base lógica implícita que no debiera ser impuesta al investigador y constituyen solo herramientas que se seleccionan en función del objeto y objetivos de estudio, como forma de organizar la teoría para investigar un problema.

Esto no tiene por qué hacer tensión entre métodos, ni incompatibilidad entre procesos, ni se ha hecho necesario reeditar viejas discusiones metodológicas para avanzar en el trabajo.

Estos procedimientos aunque diferentes pueden resultar complementarios y no excluyentes, dando lugar a lo que se ha dado llamar triangulación metodológica, estrategia basada en la posibilidad de complementariedad entre los métodos y entre las técnicas. La ventaja de la complementariedad está dada en que las debilidades de una modalidad son compensadas por las fortalezas de la otra y resulta muy útil cuando las unidades de análisis tienen varias dimensiones que desconocemos.

En la triangulación metodológica se combinan teorías, fuentes de datos y procedimientos, a efectos de una aproximación más comprensiva y rigurosa al problema de investigación. Frecuentemente es utilizada en diseños, como el nuestro, donde se hace necesario acudir a varios mecanismos de recolección de información para el estudio de una misma unidad empírica (Silveira, 2008). Lo importante ha sido identificar el ámbito del problema en el campo de la investigación y desagregar sus componentes a efectos de su examen particular en la medida de lo posible, bajo reglas preestablecidas.

En tanto estudio exploratorio de un problema de investigación que no ha sido abordado, creemos que puede ser valioso ordenar información dispersa y sobre todo aportar el abanico de significados que dan al proceso sus propios

protagonistas. Es por ello que nos resulta tan importante indagar sobre las distintas perspectivas que pueden tener los actores involucrados en el PIPSM-SNIS, porque la mirada relacional podría ser conjugada de modo de confluir en un producto final con significado social.

Algunos problemas metodológicos de estas investigaciones

En investigación en psicoterapia y otros abordajes psicosociales y comunitarios, existen algunos problemas metodológicos. Uno de los núcleos duros está en el tiempo generalmente prolongado que insumen los tratamientos, lo que supone la participación de un mayor número de variables relativas a la vida misma de los sujetos y a los contextos que atraviesan las intervenciones en que este esté involucrado (Ávila y Poch, 1994).

Otros problemas metodológicos remiten a la necesidad de considerar distintos conjuntos de variables: variables de los usuarios, de la persona del psicoterapeuta, variables del diseño y del proceso terapéutico, así como las de la institución en la que se encuadran cuando estas prestaciones son institucionales.

Otra área compleja refiere a aspectos estrictamente ético-metodológicos cuando, por ejemplo, se pretende introducir modalidades de la Epidemiología tradicional propios de la clínica médica para conformar grupos control o realizar procedimientos experimentales.

Nuestro trabajo no enfrentaría estas dificultades, dado que observa el mismo objeto de estudio, pero desde una mirada macrosocial y plural sin incursionar en áreas clínicas ni teórico metodológicas.

El desafío que hemos asumido ha sido tratar de describir a través de un análisis relacional y exploratorio los procesos implicados en la ejecución de una política pública como aproximación evaluativa, con la intención de aportar una sistematización que arroje resultados de calidad, económicamente viables y técnicamente sustentables (Samaja, 1994).

Estas consideraciones fueron discutidas con los especialistas que ofrecieron asesoramiento a este estudio¹⁹ quienes nos recomendaron aprovechar al máximo la riqueza de información disponible, en virtud de que se estudia un proceso político social en tiempo real y que para ello, bien se pueden combinar metodologías a efectos de un mayor aprovechamiento de las fuentes disponibles.

En la medida de que se trata de un estudio de bajo costo y acotado en el tiempo, que cuenta con escasos recursos, parecería pertinente optimizar esfuerzos y por ello es que el diseño al que se adscribe, responde al modelo de triangulación metodológica con énfasis en la metodología cualitativa.

19 Se recurre al asesoramiento del Banco de Datos de la FCS-Udelar y a la consulta de expertos en investigación en psicoterapia con quienes compartimos un espacio que procura consolidar la sede Uruguay del Capítulo Latinoamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR).

Dominio Empírico-Universo

Se entiende por «universo o población de estudio al conjunto de elementos que constituyen un área de interés analítico» (Padua, 1979: 63) y se encuentra estrechamente vinculado al tema de la selección de la muestra, que en términos teóricos suele ser central para evaluar la rigurosidad de un estudio.

Es habitual que al hacer una investigación se recurra a procedimientos prácticos como seleccionar subconjuntos del universo de estudio denominado muestras, a partir de datos recogidos a través de la observación o la experimentación, en procura de identificar el impacto que los valores predictores adquieren, para luego analizarlos estadísticamente.

Pero como ya hemos comentado, estas modalidades tan estrictas, no se ajustan a nuestro trabajo. En general, se trata de procedimientos que son difíciles de aplicar cuando se trabaja con fenómenos sociales y con poblaciones humanas. En estos casos, es frecuente que los datos queden supeditados al sesgo que le da la interpretación o a intereses sectoriales o del propio investigador.

Asimismo, más allá de las diferentes metodologías utilizadas, otro problema es pretender, extrapolar la información recogida en muestras a poblaciones de mayor tamaño, lo que a veces resulta, al menos cuestionable. Estas dificultades pueden convertirse en obstáculos que terminan afectando la contribución que la investigación pretende producir en las prácticas y en el diseño de nuevas políticas sociales o en la calidad de las innovaciones del conocimiento que se podrían generar con sus resultados.

En cambio, cuando se trabaja con metodología cualitativa existen varias maneras de seleccionar la muestra. Estas pueden ser muestras aleatorias, muestras intencionadas, puede utilizarse el muestreo teórico o realizar estudios de caso único.

La muestra intencional o teórica sería la más indicada para las primeras etapas de la investigación, como la hemos utilizado en este estudio. Siguiendo a Padua, este modo se basa en la «[...] selección de casos “típicos” que resultan importantes en las etapas exploratorias de la investigación, sobre todo si se utiliza a estos informantes como informantes claves [...]» (Padua, 1979: 83).

Según Krause (1995) solo el muestreo teórico maximiza las ventajas de la simultaneidad de la selección de casos, la recolección de datos y el análisis de ellos. En esta modalidad, la muestra es seleccionada mediante una estrategia sucesiva donde al inicio se eligen los primeros sujetos, documentos o situaciones de observación y se procesan los datos obtenidos. Luego se analiza esta primera información para desarrollar conceptualmente categorías o dimensiones emergentes, que van definiendo los criterios mediante los cuales se seleccionan los siguientes sujetos que compondrán la muestra.

La denominación de muestreo teórico según esta autora, no refiere a componentes teóricos previos a la investigación, sino al conocimiento generado por la propia investigación que se está llevando a cabo y remite a la técnica de bola

de nieve de Goodman (1961: 47). En esencia lo que se hace es comparar la información en forma permanente, de tal modo que los nuevos resultados que se van generando se anotan en un cuaderno de campo bajo la forma de notas o citas de texto que progresivamente se van desarrollando a medida que se avanza en el proceso de la investigación.

Así sucesivamente, los datos siguientes son ajustados sobre la base de la nueva evidencia hasta llegar a la saturación teórica (Valles, 1999) de las categorías a través del análisis. En otras palabras, hasta que la nueva información ya no aporta nuevos datos (Krause, 1995: 27). Esto fue lo que finalmente determinó el tamaño de la muestra de nuestra investigación.

En cuanto al volumen de la muestra, ha sido de difícil resolución. Cuanto mayor sea la muestra más apoyos institucionales y financieros se necesitan para realizar el trabajo de campo. En consecuencia y en las actuales circunstancias, lo que intentamos fue hacer una aproximación investigativa al proceso de implementación de una política en Salud Mental que sirva de insumo para futuros estudios más ambiciosos como podrían ser los de evaluación de su efectividad o las mediciones de impacto. En nuestro caso concreto, interesa más que la cantidad de sujetos, el paneo de información que se pudiera cubrir acerca de sus componentes desde distintas perspectivas, en especial la perspectiva de los usuarios.

En cuanto a la delimitación territorial, si bien la distribución de la población en Uruguay tiene tendencia a la macrocefalia con concentración en Montevideo y en la zona metropolitana, se divide en partes iguales de aproximadamente un millón y medio de habitantes entre capital e interior respectivamente.

La población en general mantiene cierta homogeneidad, por lo que nos pareció razonable, para el caso de un país tan pequeño, tratarlo como unidad territorial. El criterio supuso no hacer distinción entre distintos rasgos culturales que se podrían identificar, como así tampoco discriminar poblaciones urbanas de rurales dado que estas últimas son de escasa dimensión; aunque estaría justificado el estudio en otras investigaciones. Siguiendo el criterio de las regionales de Salud Mental definidas por el MSP en el marco de la reforma del SNIS, se divide el territorio nacional en seis regionales para el análisis.

Fuentes

En un principio se buscaron las fuentes de información a través de la revisión documental y otras técnicas de indagación, tratando de acceder fundamentalmente a contactos personales e institucionales del MSP y de las Mutualistas (IAMC) y a documentación de organismos internacionales.

Para la identificación de las fuentes se recurrió a distintas estrategias.

Durante todo el proceso de elaboración del presente trabajo, se realizó una búsqueda exhaustiva y permanente de modo de actualizar información mediante internet. Se exploraron sitios web pertenecientes a organismos nacionales e internacionales, se consultaron bases científicas para la ubicación de centros de

investigación y bibliotecas universitarias especializadas en políticas públicas en Salud y Salud Mental, así como también, material periodístico.

La búsqueda de informantes se realiza a partir de un muestreo no probabilístico, dado que los sujetos, en especial los usuarios de los servicios de Salud Mental, son muy difíciles de identificar porque no tenemos un marco de muestreo ni es fácil saber dónde encontrarlos. Tampoco se tiene la posibilidad de establecer de antemano la probabilidad que tiene cada sujeto de ser seleccionado.

Al no poder utilizar ninguna de las técnicas probabilísticas conocidas, se hubiera podido recurrir, por ejemplo, a las historias clínicas de los servicios si existieran y tuvieran registros de calidad. Aun así, presumimos que igualmente hubiera sido de difícil acceso para un estudio como el nuestro. De todos modos, tampoco en las historias clínicas encontraríamos información sobre la perspectiva y valoraciones que sobre los procesos de reforma hacen los distintos actores, dado que no solo buscamos obtener la perspectiva de los pacientes, y estas tampoco son consignadas en la historia clínica.

En una primera etapa, trabajamos con una muestra intencional (Padua, 1979) para distintos tipo de informantes. Luego, a ellos se les fue preguntando o solicitando contactar a otros como se hace con la técnica bola de nieve (Goodman, 1961; Noguera, 2010). Preguntando sucesivamente a los informantes calificados sobre otras personas u organizaciones como posibles entrevistados o encuestados a relevar, fuimos conformando una base de datos ampliada a la diversidad de fuentes y sujetos que componen nuestro universo de estudio y sobre la forma de tomar contacto con ellos.

La selección de informantes

El relevamiento documental trató de ordenar los datos recabados a partir de fuentes secundarias, tales como documentos y legislación, revisión de disposiciones, decretos, leyes nacionales y tratados internacionales relativas al objeto de estudio. Además, se incluyeron los lineamientos contenidos en exposiciones públicas realizadas por los responsables de que el plan funcione en la práctica, tanto en el ámbito de los decisores de las políticas como de la gestión.

En general, tuvimos dificultades (muchas veces no explicitadas) para coordinar entrevistas con autoridades de los organismos decisores de las políticas de Salud Mental del Estado así como con el personal jerárquico de las mutualistas. Dificultades para lograr contactar a los sujetos, para coordinar entrevistas muchas veces dilatadas y otras tantas no concretadas.

Más sencillo fue organizar el trabajo de campo con los informantes calificados técnicos y académicos.

Para relevar al cuerpo técnico requerido por el PIPSM-SNIS, nos dirigimos directamente a miembros de diferentes asociaciones profesionales como así también al personal de los servicios públicos y privados, tanto del interior como de la capital del país, a quienes se les solicitó colaborar con nuestro estudio.

En forma intencional, se seleccionaron a los técnicos de los servicios de Salud Mental a entrevistar (Padua, 1979) para reunir la información aportada por los profesionales efectores finales de este plan. Esta información se complementó con la relatoría de los Ateneos que se vienen realizando por parte del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas a modo de supervisión institucional y se organizaron grupos focales con distintas unidades de Salud Mental tanto públicas como privadas de Montevideo y del interior del país.

En cuanto a los expertos académicos consultados, fueron mayoritariamente ubicados en la Universidad de la República, quienes se concentran mayoritariamente en Montevideo aunque es incipiente el proceso de descentralización de las funciones en el marco de la reforma universitaria. Con esto fue suficiente dado que es escaso, cuando no inexistente, la actividad académica en las áreas del conocimiento que incumben a este estudio en las regionales de la Universidad del interior del país, así como en las universidades privadas.

Para ello se realizaron entrevistas y grupos focales con representantes fundamentalmente de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Psicología, y especialmente con docentes del Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas. Del mismo modo se contactó a las asociaciones y organizaciones científicas con mayor trayectoria en el tema, de modo de recoger las distintas posiciones asumidas respecto de este proceso de reforma del sistema de prestaciones psicoterapéuticas y psicosociales. Las entrevistas individuales se complementaron con la técnica de grupo focal que estimamos de gran valor para el estudio.

Para el caso de los usuarios de los servicios de Salud Mental, dada la complejidad que significa el acceso a esta fuente de información (listado de pacientes de los servicios, prejuicios y estigma sobre todo en el interior del país y otros aspectos ya comentados), se extremaron esfuerzos para que el relevamiento fuera lo más extendido posible. Con esto queremos decir que se quiso evitar «el compromiso» o el «gesto de agradecimiento», razones por las cuales las personas muchas veces acceden a participar como informantes en una investigación. Para ello fue muy valiosa la mediación de un tercero como son las organizaciones de la sociedad civil que nuclean usuarios de los servicios de Salud.

Nuestra idea desde un principio fue dar visibilidad al protagonismo de estos actores, (que de algún modo somos potencialmente todos) y que en su calidad de ciudadanos debieran ser los principales beneficiarios de las políticas públicas aunque pocas veces son tenidos en cuenta a la hora de la evaluación. Para ello hemos realizado acuerdos de trabajo con la Comisión de Salud Mental del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP), quienes manifiestan interés en el estudio y colaboran al distribuir entre su lista de correos electrónicos (unas 4000 direcciones), una breve descripción de nuestra investigación y solicitan aportar datos en función de la importancia que esta organización le asigna al mismo.

Con algunos usuarios fue posible realizar entrevistas en profundidad (Valles, 1999); aunque en la mayoría de los casos se los consultó mediante cuestionario distribuido a través de correo electrónico.

A su vez el MNUSPP nos facilitó el contacto con los representantes departamentales de los usuarios ante la Junasa, a quienes se los convocó a participar en un grupo focal, aprovechando la oportunidad de una reunión nacional de delegados realizada el 8 de setiembre de 2012 en Montevideo.

Todo el trabajo de campo realizado tanto en las entrevistas de los distintos actores así como en la revisión documental, los grupos focales y los cuestionarios tuvieron una pauta común ajustada a cada circunstancia. Estas resultan de una adaptación de la versión española de la Escala de Verona para Valoración de la Satisfacción de los usuarios de los Servicios.^{2o} (Ruggeri, Lasalvia, Dall’Agnola, Van Wijngaarden, Knudsen, Leese, Gaite, Tansella y the Epsilon Study Group, 2000).

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de investigación social utilizadas buscaron indagar la realidad representada en los discursos de los actores sociales, y ha sido tarea del investigador tratar de interpretar y desentrañar esos discursos para ordenarlos a través de marcos teóricos referenciales y de los contextos sociales, donde necesariamente se encuentra implicado.

En este estudio simplemente se han combinado técnicas cualitativas como la entrevista y los grupos focales, y técnicas cuantitativas como la encuesta para complementar ese material. Además se recoge información sobre la normativa y funcionamiento a través de la revisión documental, de la búsqueda en los registros ministeriales y de las instituciones prestatarias.

La flexibilidad que caracteriza a la triangulación metodológica ha permitido que cuando no ha sido posible acceder a datos disponibles o no existía información sistematizada para profundizar en la comprensión de algún evento o bien cuando no se pudo concretar una entrevista, ha sido factible recurrir a otras fuentes.

Revisión documental

Donde se relevan y ordenan los datos recabados a partir de fuentes secundarias, tales como documentos y legislación. El relevamiento se realiza mediante revisión de las normas legales existentes en nuestro país, disposiciones, decretos y leyes y tratados internacionales relativas al objeto de estudio. Además se incluyen los lineamientos de los responsables de que el plan funcione en la práctica, comprendiendo tanto a los decisores de las políticas como de la gestión. Se realizaron

2o Versión española proporcionada por el Prof. Francisco Torres de la Universidad de Granada, realizada en la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social (UIPCS) Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla» (Santander) y Unidad de Investigación en Psiquiatría Social Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna (Tenerife).

entrevistas o se rastrearon declaraciones públicas de los informantes calificados del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM MSP), y de ASSE. Prácticamente no se pudo contactar a ningún representante jerárquico de las IAMC.

La entrevista

La entrevista cualitativa es una herramienta clave de las Ciencias Sociales dado que ofrece la posibilidad de «excavar» relatos verbales que acercan diversos conocimientos sobre el fenómeno de estudio. En contraste con las entrevistas estructuradas, las cualitativas pudiendo ser semiestructuradas como en nuestro caso, no son directivas ni estandarizadas; por el contrario son flexibles, dinámicas y permiten ir haciendo ajustes en la marcha (Taylor y Bogdan, 1987: 27).

No obstante existen desventajas en su utilización, ya que existe la posibilidad, más en estos casos en que hay conflicto de intereses, de que el discurso del informante no sea del todo veraz y que se emitan, por distintos motivos, enunciados falsos, distorsionados o exagerados. Esta dificultad la hemos intentado sortear, complementando la información con el trabajo en grupos focales a efectos de poner de manifiesto el debate desde la confrontación entre diversos marcos referenciales de los colectivos implicados.

Las entrevistas tuvieron una duración de entre 30 y 90 minutos y en general mantuvieron una misma estructura: presentación del entrevistador y propósito de la investigación; ubicación del sujeto de la investigación respecto de la política en estudio; identificación de los actores involucrados en ella, etcétera.

Para el caso de los usuarios se les explicó los fines y procedimientos de la investigación dejando explicitado que se hacía en el marco de un Doctorado con el propósito de recoger, en especial, la perspectiva de los usuarios de los servicios de Salud Mental. A continuación se les pedía su colaboración, planteando la total libertad a no participar del estudio. En caso contrario se solicitaba el consentimiento. Se realizaron entrevistas a informantes calificados bajo la modalidad de entrevista semi-estructurada sobre la base de una guía, validada por expertos de larga trayectoria²¹, a efectos de indagar la perspectiva con respecto a la política pública objeto de este estudio. Durante el trabajo de campo se siguieron los criterios de la Escala de Verona en el cuestionario utilizado con los usuarios, al cual se hicieron ajustes

21 Este grupo de expertos está integrado por miembros permanentes del Equipo de Investigación del Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas, que desde 1986 en forma ininterrumpida han sistematizado investigaciones, muchas de ellas avaladas por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República (CSIC-Udelar). Este equipo universitario de funcionamiento abierto ha merecido la colaboración de docentes e investigadores de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Ciencias Sociales. Sus integrantes a permanencia a lo largo del tiempo han sido el Prof. Ángel M. Ginés, director de la Cátedra de Psiquiatría hasta 2004, director del Programa Nacional de Salud Mental en el período 2005-2008; las psicólogas Gabriela Montado, directiva del Instituto Ágora y los coordinadores del Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas, el Prof. Luis Villalba, las psicólogas Ana Palermo y Cristina Gerpe y por quien suscribe este informe.

constantes en el diseño consultando recurrentemente al grupo de validación, a efectos de responder a las exigencias emergentes de la investigación.

El mismo procedimiento se utilizó en la fase de análisis de la información donde se identificaron los ejes temáticos emergentes, se reformularon o se excluyeron preguntas, y se detectó el punto de saturación de las temáticas sobre todo para las entrevistas semiestructuradas.

Los grupos focales

Se recurrió a la técnica del grupo focal también llamado grupo de discusión para relevar opinión calificada de los técnicos y de los usuarios organizados como sociedad civil, en especial en la reunión con representantes de la Junasa.

Esta modalidad, muy utilizada por las investigaciones de marketing, es propia de la metodología cualitativa para relevar opiniones y no para obtener consenso. Consiste en reunir durante un par de horas entre seis y doce participantes seleccionados con el propósito de relevar su opinión respecto de una categoría en particular o cualquier otro eje de interés del investigador. Este oficia como coordinador, de modo de que el debate no se aleje del tema y procurando que la guía o pauta de preguntas sean seguidas por la dinámica de interacción.

El grupo focal es una herramienta muy valiosa si bien a veces, puede ser difícil la lectura de los resultados porque depende de los estilos de comunicación, de expresiones verbales y no verbales y de la habilidad del coordinador para que los sujetos generen opinión en forma independiente a la presión del grupo. Su valor radica en que la información es construida colectivamente mediante la interacción que naturalmente estimula el debate y motiva a los integrantes, más si se trata de informantes calificados pues permite relevar información conceptual (Merton, Fiske y Kendall, 1956: 186).

Sin desconocer el aporte tecnológico de software adecuados para el análisis de datos que ayudan a establecer vínculos entre categorías (Atlas/ti; Etnograph, Nud'ist, etc.), las limitaciones presupuestales ni el tamaño de la muestra de nuestro estudio justificaron la adquisición, adiestramiento o contratación de técnicos especializados en el manejo de estas herramientas informáticas. En consecuencia procedimos a revisar el material organizando la información como árbol categorial siguiendo en lo posible, idéntico criterio que el de las pautas definidas para el trabajo de campo de modo de mantener cierta coherencia entre las distintas técnicas de recolección de datos utilizadas.

La encuesta

En lo que refiere a la encuesta formal se aplicaron cuestionarios con preguntas preestablecidas, cerradas en categorías ya definidas. Es una técnica muy empleada en investigación social, porque es de bajo costo y permite llegar a un gran número de participantes en poco tiempo, además de ser de fácil análisis.

Cuando hablamos de encuestas o cuestionarios muchas veces estamos hablando de escalas de evaluación (Valles, 1999). Para este instrumento cobra

especial importancia el diseño del formulario. Necesariamente tiene que ser concreto y se debe prestar atención a la forma en que está formulada la pregunta en relación con los objetivos del estudio. Por eso es conveniente que se acompañe de un instructivo conciso o bien una consigna de trabajo a efectos de facilitar la comprensión de nuestra intención a quien responda el cuestionario, más en nuestra investigación en que la encuesta fue indirecta ya que la recogida de datos se realizó por medios electrónicos.

El cuestionario fue dirigido a personas de ambos sexos mayores de 18 años, que residieran en el país. Pensando en no complicar a los encuestados con formularios electrónicos, realizamos el formulario en un procesador de texto Word, por lo que ellos debían grabar el archivo en sus computadoras, contestar las preguntas y volver a grabar el archivo para luego enviarlo en un adjunto a la dirección <inclusionpsicosocial@fcs.edu.uy>, especialmente creada a los efectos del estudio como remitente y correo de destino. En el primer plazo se habían recibido pocas encuestas, razón por la cual debimos volver a insistir con recordatorios y asesoramiento para terminar ampliando el plazo de devolución, lo que insumió más tiempo y más trabajo de lo previsto.

La compulsa se difunde en el mes de octubre de 2012 y se establece inicialmente un plazo de un mes para recoger los formularios, pero fueron tantas las consultas, que hubo que insistir con avisos, recordatorios y asesoramiento adicional personalizado, que obligaron finalmente a ampliar el plazo hasta fin de año.

El formulario comienza delimitando la compulsa a quienes han consultado o conocen a alguien cercano (familiar, amigo) que hubiera consultado en un Servicio de Salud Mental en el último año.

Está confeccionado a partir de 23 variables sencillas. Las primeras se orientan a saber: si quien responde consultó o alguien de su conocimiento lo hizo en un servicio de Salud Mental en el último año; a qué tipo de servicios está afiliado (público o privado); a qué departamento del país se refiere; su edad y sexo. Luego se despliegan sucesivamente dieciocho preguntas sencillas y planteadas en lenguaje accesible, sobre las cuales se pide se opine sin temor.

En términos metodológicos, ellas, son preguntas cerradas a tres posibilidades de respuesta (1.- sí, 2.- no y 3.- no sabe/no contesta o no corresponde). Al final se abre un espacio donde se invita a hacer algún comentario (véase Anexo Encuesta Salud Mental).

Una vez terminado el período de recepción de encuestas se procede a realizar una matriz de datos en un software estadístico potente como Excell y el spss Statistics 21.

Instrumentos

Es de reconocer que en una primera instancia nos sentimos tentados de utilizar cuestionarios o escalas de medición, como las usadas por la oms, pero, en general, los instrumentos a que sí accedimos en formato libre y gratuito, han sido diseñados para evaluar intervenciones con personas con trastornos mentales

severos y persistentes como la esquizofrenia, y este no es el diagnóstico prevalente de nuestra población de estudio ni tampoco nos dedicamos a analizar los programas específicos de hospitalización o de rehabilitación.

Otras escalas como el Symptom Checklist o el Outpatient Questionnaire (SCL 90 R y OQ45 respectivamente por sus siglas en inglés) muy conocidas en nuestro medio, se adecuan en estudios longitudinales que miden el impacto de las intervenciones, que requieren al menos dos tomas del tipo antes-después, (pre-post.). El primero o su versión resumida, el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45), es un instrumento de autoinforme de 45 ítems derivado del SCL-90, muy utilizado para la medición de sintomatología psicopatológica relativa al grado de «distrés» psicológico en población clínica y en población general mayor de 13 años, a través de 90 reactivos de tipo Likert, agrupados en nueve dimensiones. El segundo de amplia utilización en el Cono Sur de América con el cual hemos trabajado en el Equipo de Investigación del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, mide, también a través de reactivos tipo Likert, tres subescalas: incomodidad sintomática; relaciones interpersonales; rol social. Como lo precisa la definición, son instrumentos aptos para medir el impacto de las intervenciones en sujetos con trastornos psicopatológicos.

Un modelo de evaluación de eficacia comprobada es el conocido mundialmente como ESMS (European Service Mapping Schedule versión española) que hemos citado en el apartado dedicado a la revisión de antecedentes de nuestro estudio.

La dificultad en general de estos y otros instrumentos estructurados es que la probabilidad de respuesta es tan enorme como la dificultad de encontrar regularidades que permitan realizar estimaciones válidas y confiables. Resultan útiles para estudios de gran volumen de casos porque de lo contrario se corre el riesgo de que se produzca una dispersión estadística de los datos cuantitativos, que finalmente frustre el trabajo de investigación.

En función de estas consideraciones, consultamos a los profesores Sandra Saldivia y Francisco Torres, ambos docentes del Doctorado de Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, a efectos de que nos orientaran sobre instrumentos disponibles y nos facilitaran el contacto con sus autores. La profesora Saldivia nos comunica que no tiene presente instrumentos de evaluación que recojan la opinión de los usuarios que se pudieran ajustar a las características de nuestro estudio y que ella regularmente utiliza el ESMS, a veces combinado con algunos más específicos de acuerdo al tipo de servicio, pero estos no incluyen evaluaciones por parte de los usuarios.

Durante el seminario dictado por el profesor Torres, se nos había proporcionado la Escala Verona, de la cual él es coautor de la versión en castellano (participó del proceso de traducción y validación). Cuando retomamos contacto con él para que nos asesore sobre posibles instrumentos para nuestro trabajo, entre otros aportes nos envía información de contacto para ubicar a los profesores Mirella Ruggeri, Michele Tansella y Graham Thornicroft. Este último fue a quien finalmente logramos contactar y generosamente nos asesoró sobre la aplicación de la

escala, nos envió materiales teóricos de apoyo para profundizar en su aplicación y nos dijo que debíamos solicitar autorización a Mirella Ruggeri, lo que no pudimos hacer al no haber logrado contactarla por correo electrónico ni telefónicamente al servicio correspondiente en la ciudad italiana de Verona.

Según la revisión bibliográfica que hicimos sobre esta Escala, coincidimos que la investigación sobre la satisfacción del paciente respecto a la atención de Psiquiatría y de Salud Mental, representa un componente clave en la evaluación de los servicios. La satisfacción tanto podría ser observada como medida de resultado o como un factor en el proceso de atención determinado por la interacción entre los servicios de salud y las variables de resultado (Ruggeri y otros, 1994).

Reiteramos que después de una intensa búsqueda y de la consulta a docentes de la talla de los profesores Torres y Saldivia, no hemos encontrado instrumentos que consulten a los usuarios respecto de las prestaciones de Salud Mental (ni tampoco sobre atención psiquiátrica o psicológica), a no ser algunos que requerirían ser traducidos y validados para aplicar en nuestro medio.

Recientemente el MSP del Uruguay difundió un formulario para ser completado por los servicios integrales de salud acompañado por el correspondiente instructivo. Este instrumento recibió muchas críticas por parte de los prestadores al punto que aún no está totalmente resuelto si será o no utilizado. Este es muy engorroso para completar mensualmente como se solicita pero además, solo releva información proveniente de las IAMC sin contemplar como informantes a los usuarios u otros agentes involucrados.

Volviendo a la aplicación de la Escala Verona, allí se solicita a los sujetos que expresen su percepción general sobre su experiencia con el servicio de Salud Mental con el cual han estado vinculados durante el último año. En las primeras 40 preguntas se solicita la calificación mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Malísima, 2 = Generalmente insatisfactoria, 3 = Ni buena ni mala, 4 = Generalmente satisfactoria, 5 = Excelente), presentados con direccionalidad alternativa para reducir la respuesta estereotipada. Luego se exponen un grupo de preguntas condicionadas a que el sujeto haya recibido la intervención específica. Si la respuesta es «sí» se le pide valore su satisfacción en una Escala Likert de 5 puntos (1 = peor, 5 = excelente). Si la respuesta es «no», se le pregunta si le hubiera gustado recibir dicha intervención registrando la puntuación (6 = no, 7 = No lo sé, 8 = sí). Las puntuaciones para cada dimensión se obtienen mediante la suma de los valores de todos los ítems y dividiendo luego por el número de artículos en cada dimensión. Según los autores la Escala Likert puede ser resumida a 3 puntos para el caso de poblaciones pequeñas.

En definitiva, serían varias las razones por las cuales no podríamos utilizar la Escala de Verona. No solo porque no estamos autorizados a hacerlo, sino además por las consideraciones metodológicas referidas al volumen de la muestra que se podría alcanzar en un país pequeño, así como los riesgos de dispersión estadística de las respuestas.

En estas circunstancias, dimos prioridad a lo que desde el inicio direcciona nuestro trabajo. Lo que nos interesa, y estamos en condiciones de hacer, es realizar una aproximación descriptiva estructurada a partir de datos de funcionamiento global del plan y recabar la perspectiva que sobre él tienen sus actores, para dar cuenta de su desempeño en los dos primeros años de implementación.

Lo que finalmente decidimos fue utilizar técnicas cualitativas como las entrevistas, y grupos focales a partir de una pauta reducida construida siguiendo los criterios de la Escala de Verona para Valoración de la Satisfacción de los usuarios de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, ya citada.

A partir de esta pauta se confeccionó una especie de formulario o ficha, que fue sometida a pretest con población mayor de 18 años de ambos sexos de un centro universitario y con personas en tratamiento en el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínica, en función de la accesibilidad que allí tenemos al terreno por ser donde trabajamos desde hace años. Los resultados de aplicabilidad fueron aceptables en ambas poblaciones tanto por la coherencia interna como global. Las preguntas fueron comprendidas y se obtuvo durante el pretest buen número de respuestas, las que en un principio se plantearon en forma binaria (sí - no) y luego se agregó la posibilidad de responder «no sabe» sugerida por los participantes.

En la misma línea elaboramos una guía reducida que sigue similar criterio para todas las fuentes y actores consultados, cuidando que se relevara información relativa a:

- la recepción de los servicios de Salud Mental y las prestaciones profesionales,
- la competencia de los profesionales y respeto de los derechos de los usuarios,
- la accesibilidad a los servicios en función de los costos de tiques,
- la lista de espera y la puntualidad en la consulta,
- las habilidades, empatía y competencias profesionales,
- el respeto por el secreto profesional,
- la respuesta ante las emergencias,
- el acceso a los medicamentos controlados,
- la incorporación de los familiares,
- la información sobre los servicios y los tratamientos disponibles,
- la calidad del servicio y la atención de áreas específicas,
- la cooperación entre los proveedores de servicios,
- la formación de los técnicos y la capacitación,
- la existencia de supervisión o instancias de intercambio entre los operadores profesionales,
- la existencia de mecanismos de registros y evaluación del servicio.

La pauta elaborada a partir de la Escala de Verona, también se adaptó para el caso de los agentes políticos y gestores así como para la observación de las

instituciones las cuales fueron testeadas con la colaboración de estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales.

Dicha pauta también se siguió como guía para entrevistar a los técnicos de los servicios de Salud Mental públicos y privados de Montevideo e interior del país relevados. En estos casos, se introdujeron con mayor énfasis variables relativas a las características y organización de los centros, a los problemas de financiamiento y gestión de la asistencia, al carácter de la demanda, entre otros temas de interés.

Ellas también sirvieron de guía para el desarrollo de los grupos focales llevados a cabo con los académicos y técnicos con el propósito de debatir sobre la formación y la supervisión de los operadores del plan.

Nuestro rol en estos grupos de discusión fue meramente de escucha abierta a la dinámica natural de cada reunión. Con los usuarios organizados representantes ante la Junasa nos desempeñamos como coordinadores observadores participantes, aunque en ambos relevamientos la dinámica planteada desde la convocatoria fue flexible

A partir de la misma Escala también se confeccionó la encuesta a los usuarios no organizados para ser realizada por correo electrónico. (Anexo Encuesta Salud Mental).

Aspectos éticos

Los aspectos éticos han sido contemplados. A los informantes calificados, tanto decisores políticos como gestores de los Servicios Integrales, técnicos y académicos especializados se les expuso en forma breve el propósito del estudio. En cuanto a los técnicos operativos del PIPSM-SNIS, además de la exposición resumida de nuestro trabajo, se les propuso elegir entre permanecer en forma anónima o no. En realidad parece un tanto utópico pretender que no se identifique a los informantes, en un medio tan restringido donde prácticamente todos los que hace un tiempo trabajamos en el campo de la Salud Mental nos conocemos. Además, quien suscribe esta tesis, trabaja desde hace más de veinticinco años en el posgrado de Psiquiatría y de Formación de Psicoterapeutas de la Facultad de Medicina. En realidad, no hubo dificultades en este sentido y el conocernos fue un facilitador para acceder a los servicios y a los informantes. No obstante, en la medida de lo posible, tratamos de preservar su identidad.

A los usuarios se les explicó en términos comprensibles para sujetos no especializados los fundamentos del trabajo y se les garantizó el anonimato cambiando en el informe, los datos que pudieran identificarlos. Se realizaron varias entrevistas a estos actores, que como ya explicamos es muy difícil seleccionar a los sujetos en el terreno. Por eso no se incorporan las entrevistas a los usuarios al estudio. Solo hemos considerado la información relevada por las encuestas, que según nos han asesorado, tendría valor de aceptación de participación en el estudio al responder vía electrónica. Para el caso de los grupos focales

realizados con usuarios organizados, también se tomaron recaudos aunque la participación de estos actores se hizo en tanto integrante de movimientos sociales organizados.

En suma, en todos los casos nos hemos comprometido a respetar el derecho de los potenciales informantes a negarse a participar de la investigación así como a resguardar la identidad de los indagados. Se les ha pedido autorización para incluirlos en el estudio, exponiendo los criterios del consentimiento informado aprobado por la Comisión de Ética del Hospital de Clínicas y los lineamientos del decreto aprobado por MSP en 2008²², vinculados a la investigación en seres humanos. Se establece que:

la ordenanza tiene por finalidad la protección integral y dignidad de los seres humanos sujetos de una investigación. La libertad para llevar a cabo investigación en seres humanos tiene como límite el respeto de los derechos y libertades esenciales que emanan de la personalidad humana, se hallen reconocidos en la Constitución de la República y en los Tratados Internacionales ratificados por la República y que se encuentran vigentes (MSP, 2008 Decreto 359/08. Comisión de Bioética y Calidad de Atención: 1).

22 Actualmente no se estaría efectivizando este decreto y serían muchas las instituciones que no tendrían activas estas Comisiones, según se expusieron los panelistas de la Jornada de la Red Temática de Bioética de la Universidad de la República 2014, disponible en: <http://www.ei.udelar.edu.uy/renderPage/index/pageId/651#heading_3781>, fecha de consulta 23/7/2014.

Principales resultados y discusión

Presentación de resultados

La riqueza de información disponible en el terreno de este proyecto y la cantidad de variables y atributos que se rozan permitirían hacer una gran cantidad de cruzamientos de información que desbordarían nuestra capacidad de estudio. Fue necesario seleccionar lo que se entendió más relevante para dar cuenta del abanico básico de todos los contenidos revisados. El recorte metodológico admite muchos abordajes posibles que no se pretenden dejar de lado en desmedro del potencial recogido en el trabajo de campo.

Existen distintos formatos para presentar los resultados de investigación cualitativa, dependiendo del énfasis que se le dé al material. Algunos formatos evitan la interpretación, aduciendo que no hace falta agregarla porque los relatos «hablen por sí mismos»: Parece poco probable pretender abstenerse de interpretar, cuando ya existiría sesgo por la selección de los discursos de los distintos actores que se definen presentar.

Ya hemos referido al valor que asignamos a los estudios descriptivos, que si van acompañados de una base teórica solvente y de análisis relacional interpretativo y exploratorio, probablemente además de describir logren ser explicativos. En estos trabajos, lo que se suele hacer es presentar descripciones detalladas que pueden ser tediosas, intercaladas con el análisis de los investigadores o con citas que interrelacionan los fenómenos estudiados tanto para confirmar como para confrontar las exposiciones (Krause, 1995).

En este apartado intentamos exponer y discutir los resultados de investigación desde los distintos ángulos y actores desde los cuales hemos podido relevar información sobre el Plan de prestaciones en Salud Mental en el marco de la reforma promovida por el SNIS, en el Uruguay.

Se comienza describiendo el marco legal que da origen al propio Decreto 305/011 y se presentan en forma resumida sus contenidos y disposiciones para los servicios de atención a beneficiarios adultos, como parte de la población objetivo de este plan.

Luego se procede a dar una panorámica general de cómo está organizado el plan nacional y la territorialización a partir de regionales definida para su operativa.

Seguidamente se presentan los datos obtenidos sobre el funcionamiento del sector público y privado durante el período de estudio de 2012-2013, intercalando datos procedentes de la revisión documental y de los discursos de políticos y gestores.

Desde un procedimiento más de tipo cualitativo, luego se informa sobre las condiciones de desempeño de estas funciones a partir de los discursos de los técnicos entrevistados en los distintos Centros de Salud Mental públicos y privados del país. Esta información se complementa con la perspectiva de los profesionales y académicos respecto de la formación y especialización de los recursos humanos en estas intervenciones, en tanto efectores terminales del plan, así como se exponen sus puntos de vista sobre el problema de la supervisión en el trabajo psicoterapéutico en instituciones.

Se ha dedicado un apartado especialmente para exponer el relevamiento de información y la discusión del material aportado a esta investigación, por parte de los usuarios mayores de 18 años, organizados o no en los movimientos de la sociedad civil.

Marco legal y políticas en Salud Mental en el Uruguay

Desde 1936 el país cuenta con alguna normativa respecto de los derechos asistenciales y jurídicos, en especial para el caso de las personas con trastornos mentales severos y persistentes. Esta normativa en algunos casos carece de vigencia por obsoleta y en otros no se ha aplicado, permaneciendo el problema en la esfera de la marginación y la exclusión.

A continuación se realiza un repaso de lo que consideramos destacable en la jurisprudencia uruguaya²³. Citamos por ejemplo:

La Ley n.º 9.581 de «Asistencia a Psicópatas» de 1936, organiza la asistencia psiquiátrica y sus formas, estableciendo que todo sanatorio o casa de salud particulares o pertenecientes a sociedades (laicas o religiosas) deberá estar a cargo de un director médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión. Dice a su vez que cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad. Agrega que ningún establecimiento particular podrá funcionar sin autorización expresa del MSP, separando a los enfermos según edad, sexo, grado de afección «y podrá disponer su clausura cuando no funcionen en las condiciones requeridas por la presente ley» (art. 7.º). Agrega que «Los establecimientos psiquiátricos oficiales, donde se internen psicópatas, deberán ser mixtos, con un servicio abierto y un servicio cerrado» (art. 10) y define qué es «un servicio abierto» y qué «un servicio cerrado». Luego se detiene en la reglamentación de lo que sería la asistencia domiciliaria y la admisión de enfermos en los establecimientos psiquiátricos públicos o privados, y finalmente la ley hace una serie de consideraciones exhaustivas para legislar ante las diferentes situaciones problemas que se podrían presentar, (ingreso voluntario con posterior pérdida de libre determinación de voluntad, casos de urgencia; admisión urgente por disposición policial; situaciones del enfermo mental indigente o que carezca

23 Información extraída de las disposiciones legales vigentes y de la consulta de la página Historia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata y otras fuentes pertenecientes al MSP y al Poder Legislativo citadas al final de este trabajo como fuentes documentales.

de protección familiar; enfermos psíquicos ingresados por orden judicial; ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico). Esta Ley también se ocupa del egreso del enfermo mental de un establecimiento especializado y jerarquiza a su vez, toda la incumbencia del Inspector General de la Asistencia de los Psicópatas y de la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas²⁴.

En 1948 se aprueba la Ley 11.139, creación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. A pesar de su nombre, con su sanción se produce un giro conceptual histórico para la época, cuando explícitamente se la relaciona con cierta noción de derecho humano al decir que se trata:

[...] de proteger a los enfermos mentales, promover su integración a la sociedad, y apoyar a sus familiares, teniendo entre otros cometidos la creación de un «Hogar-Taller» donde continuar la cura de los pacientes, y la relación con el Ministerio de Salud Pública —y por su intermedio a los demás organismos públicos— para el cumplimiento de las finalidades anteriores (Ley 11.139 de 1948).

En 1966 visita nuestro país en calidad de consultor de la oms Piere Chainot, quien realizara «El Informe de Salud Mental del Uruguay» que ya comentamos. En ese informe reclama la intervención del Estado para corregir la violación de derechos humanos, al afirmar que:

En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se cura... Los poderes públicos tienen el deber de intervenir, ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido (Chainot citado por Ginés, 2003: 177).

En 1969 se decreta la Ley 13.711 de Diagnóstico de Retardo Mental; se declara obligatoria la denuncia ante el MSP, de todo menor que tenga un diagnóstico de retardo mental y se dispone el registro del nombre del sujeto y el de sus padres o encargados. Con esta ley se dispone que el Patronato del Psicópata lleve el Registro del Retardo Mental y otras invalideces de todo el país, preservándose el derecho a resguardo de la identidad y se establece el acceso a los servicios médicos, educacionales, de rehabilitación y de internación necesarios para la asistencia integral de los retardados. Sin interesar la condición económica del tenedor, mediante esta ley se duplica el monto de la asignación familiar para los beneficiarios con diagnóstico de retardo mental. Los beneficiarios de asignaciones familiares que padezcan otras discapacidades del aparato locomotor, sensoriales o mentales que impidan su incorporación a todo tipo de tarea remunerada, también percibirán asignación familiar duplicada.

24 El cargo de Inspector General de Psicópatas ha permanecido vacante durante varios períodos y por muchos años cada vez, según se sabe y lo confirma el anteproyecto de creación de una Comisión Supervisora de Derechos Humanos en Salud Mental (CSDHSM).

En 1971 se crea por decreto del Poder Ejecutivo 117/971 el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, como una dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata y en 1974 se crea el Taller Protegido, por entenderse necesario que existiera:

una estructura que en lo extrahospitalario brindase una eficaz reinserción a la comunidad mediante una etapa transitoria de carácter laboral [...] aportando con su funcionamiento una experiencia donde el 'operario-cliente', adquiere la práctica necesaria para una integración total a una sociedad que exige un grado de capacitación y conocimiento para ingresar al medio laboral competitivo (fragmento del decreto correspondiente citado en el sitio web de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata Centro Martínez Vizca).

En 1984 se aprueba la Ordenanza n.º 13/84 para el Programa de Asistencia Familiar de Alienados del MSP (Ginés, 1996), a efectos de descongestionar la población de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, ubicadas en la localidad de Santa Lucía, Canelones

En 1986, recientemente cerrado el período cívico militar y recuperado el estado de derecho democrático en el país, tras un intenso trabajo de discusión y redacción de los actores involucrados, el Ministerio de Salud Pública aprueba el Plan Nacional de Salud Mental (MSP, 1986). Es cuando en los hechos se empiezan a procesar los cambios en Salud Mental en el Uruguay.

El Plan de 1986 fue el fruto de la movilización de grandes sectores de la sociedad civil organizada en sindicatos, asociaciones científicas, académicas y profesionales de distintas disciplinas, agrupaciones de usuarios y familiares que coordinaron acciones a efectos de superar la crisis provocada por la decisión política de trasladar a los pacientes asilares del Hospital Vilardebó (céntricamente ubicado en Montevideo) hacia la Colonia Etchepare, cuyas condiciones de alojamiento no solo resultaban perjudiciales sino que también:

El traslado... interrumpe esa red de relaciones; los pacientes deberán hacer frente a una situación compleja en la que estará presente el desarraigo, con pérdida de su «hábitat», de la ayuda física que los inválidos recibían de aquellos aún válidos y capacitados, con quiebra de las precarias posibilidades de socialización que le concedía el [...] verdadero mundo, estrecho, pero mundo social al fin (Murgía, 1983: 171).

Resistido por las fuerzas sociales, fracasa el intento de traslado del Hospital Vilardebó hacia las afueras de la ciudad de Montevideo. No obstante, en 1983 se vuelve a intentar desalojar el viejo hospital y se logra trasladar a sus internados hacia el recientemente inaugurado Hospital Psiquiátrico Musto. Se trataba de un edificio de varios pisos alejado del centro de la ciudad, que funcionó algo más de una década ya que habría sido cerrado por ASSE, a causa de la muerte de varios pacientes por hipotermia.

En este proceso, cada vez más se van consolidando los reclamos sociales, sobre todo por parte de pacientes y familiares, que obliga a que las autoridades emprendieran una reestructura de la red de atención. De ahí en más se comienza

un recorrido donde se define que progresivamente el Vilardebó se ocuparía de la internación de los enfermos psiquiátricos agudos. Los enfermos crónicos, en su mayoría, serían asistidos en las Colonias de Alienados y se crearían once equipos de Salud Mental en Montevideo y veintitrés en el interior donde sería redistribuido el personal (Techera, 2010: 108).

En 1989, la Ley 16.095 dispone la creación de la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, sus Comisiones Departamentales Honorarias, se prevé la existencia de Comisiones Regionales y Subcomisiones locales, y se establece un Sistema de Protección Integral.

En 1990, por iniciativa de diferentes organizaciones sociales, se promueve un coloquio en donde se establecen estrategias innovadoras en materia de legislación. En dicho coloquio coparticipan, por primera vez juntos, delegados del MSP, instituciones universitarias, asociaciones gremiales, abogados, legisladores, periodistas y usuarios en la organización de una actividad abierta a la comunidad, bajo el lema Salud Mental y Derechos Humanos.

En 1992 el Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR) publica un libro sobre las normas vigentes que regulan la asistencia de la salud y enfermedad mental donde recomienda once acciones a implementar en el Uruguay. En primer lugar plantea «Se debe sustituir la vieja Ley 9581 de 1936 por una nueva ley de «Salud mental y atención a las personas con trastorno mental» y en tercer lugar propone «La atención integral médica, psiquiátrica, psicológica y social, con servicios comunitarios distribuidos en áreas territoriales, incluyendo centros de atención diurna y nocturna y atención de casos agudos en el hospital general (IELSUR: 70).

En el año 1994, se recibe una nueva visita de asesores de la OPS en ocasión del Encuentro Continental de Educación Médica (Ginés, 2004) Facultades y Escuelas de Medicina agrupadas en la Asociación Latino Americana (ALAFEM) y Federación Panamericana (FEPAFEM), evento del cual surge la «Declaración de Uruguay» donde se señala:

que las significativas transformaciones políticas y económicas y especialmente la reforma del sector salud, iniciada en la mayoría de los países del continente, no se han reflejado positivamente [...] el médico y el equipo de salud vienen adoptando formas de ejercicios profesionales subordinados a los mecanismos de mercado no aplicables directamente en el campo de la salud, con el agravante inaceptable de la segmentación social de la asistencia y la formación, ajustada a diferencias del poder adquisitivo entre sectores sociales [...] Expresan, un compromiso de orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones [...] demandan la movilización de la Universidad para, a partir de una concepción ética de la vida, poder cumplir con el nuevo contrato social que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional y reduzca las diferencias sociales favoreciendo la cobertura universal y justicia social (Ginés, 2004).

En 2005, la Dirección del Programa Nacional de Salud Mental en el marco del primer gobierno de izquierda en el Uruguay convoca a la conformación de órganos consultivos a través de la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP). Esta Comisión se constituyó con catorce grupos de trabajo, integrados por instituciones y personalidades destacadas en la temática, con el objetivo de elaborar consensos, documentos y recomendaciones políticas, así como guías y normas en Salud Mental a elevar a la CATP para su consideración. Los ejes temáticos de cada uno de los grupos están íntimamente ligados al tema y varios de ellos, se encuentran activos. Estos grupos de trabajo son:

1. Política, legislación y derechos humanos en Salud Mental.
2. Atención en el primer nivel; a) en la asistencia en salud y b) en la asistencia a enfermos mentales.
3. Unidades de Salud Mental en los hospitales generales y hospital psiquiátrico.
4. Rehabilitación y asimilación plena o protegida a la actividad productiva y a la convivencia social.
5. Servicios residenciales, casas de salud y asilos.
6. Psicoterapia y técnicas psicosociales (incorporación al sistema de salud, acreditación, normas de ejercicio).
7. Uso indebido de drogas.
8. Violencia y muerte violenta.
9. Infancia y Adolescencia.
10. Guías (y protocolos) de asistencia y terapéuticas.
11. Investigación, registro, evaluación, indicadores y controles de calidad.
12. La Salud Mental y la cultura.
13. La coordinación de los servicios públicos y las IAMC.
14. La calidad del equipo de salud (contratos, formación continua, *burnout*).

Dentro de estos catorce grupos, se destaca a efectos del presente trabajo, la contribución del grupo de trabajo 6, así como la de los grupos 2, 4, 7, 8 y 13, que a partir de la experiencia nacional y en especial a la pionera experiencia del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, se elaboró un documento que fue insumo del Decreto 305/11 sobre el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental que es objeto de estudio del presente informe.

En 2008, la Ley 18.335 establece los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los Servicios de Salud y el Catálogo de Prestaciones del SNIS de setiembre de 2008.

En 2009 el grupo de trabajo 1 «Política, legislación y derechos humanos en Salud Mental» perteneciente a la CATP-PNSM elabora el Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay, aún sin sanción legislativa.

En agosto de 2011, el Poder Ejecutivo aprueba el Decreto 305/11 «Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud» (Ley n.º 18.211, Decreto 305/011).

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS

Aunque en reiteradas ocasiones a lo largo de esta comunicación hemos comentado distintos aspectos relativos a este plan, dada la complejidad del sistema, es necesario exponer un resumen del Decreto 305/011 objeto de nuestro estudio²⁵.

En el marco de la reforma estatal y más concretamente de los procesos de profundización de la reforma sanitaria, el MSP ha orientado sus acciones a elaborar programas de Salud considerados «verdaderas herramientas de transformación sanitaria»... sustentadas sobre principios de universalidad, equidad y calidad en los servicios «que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población» (Decreto 305/011: 3).

El objetivo central fijado para el final del período, es «poder contar en todos los efectores integrales con un abanico de prestaciones, accesibles a todos los usuarios del sistema», las cuales se incorporan al SNIS a partir de setiembre de 2011 (Decreto 305/011: 3).

El propio documento programático hace explícito la preocupante «problemática histórica de marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales y encomienda a la Coordinación de Salud Mental ASSE-MSP que operacionalice el plan de modo transversal con los otros programas prioritarios. El énfasis está dado por el aumento de la prevalencia de la violencia, consumo riesgoso de sustancias psicoactivas y sus consecuencias y complicaciones y las nuevas modalidades de padecimiento en la vida cotidiana (Decreto 305/011: 4).

Las principales líneas de acción están interrelacionadas y dirigidas a:

1. promoción de Salud,
2. prevención primaria de los trastornos mentales,
3. tratamiento de los usuarios con enfermedad mental y su rehabilitación psicosocial.

El texto del decreto justifica la necesidad de implementación del plan en el cambio del modelo de atención propuesto por el SNIS, dado que implicaría que «la enfermedad no es solo un fenómeno individual, sino que está directamente vinculada al entorno familiar y social, el cual puede actuar como agravante o protector». En este sentido, se considera imprescindible el trabajo multidisciplinario para el abordaje de las distintas situaciones (Decreto 305/011: 5).

A su vez, se sostiene que las intervenciones psicosociales y la psicoterapia constituyen un derecho humano fundamental, por lo que recomienda sean prestaciones accesibles a todos los ciudadanos, dado que permitirán obtener un ahorro en el gasto social y para «promover actitudes favorables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos» (Decreto 305/011: 6).

A continuación procedemos a exponer en forma simplificada los distintos aspectos que componen el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud

25 La síntesis del decreto que se presenta ha sido elaborada con la colaboración de Carla Palombo, estudiante avanzado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Mental (PIPSM) así como la instrumentación de este en la práctica contenidas en el documento programático del Decreto 305/2011 (MSP: 2011).

El PIPSM fija las prioridades a incluir en las prestaciones:

- abordaje integral de la salud en diferentes franjas etarias (niñez, adolescencia y adultez), incluyendo aspectos instrumentales, psicológicos y sociales;
- atención psicológica como derecho universal;
- priorizar el primer nivel de atención, actuando sobre factores de riesgo y grupos vulnerables;
- facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes;
- prevenir situaciones posteriores de exclusión, violencia o muerte prematura en la infancia y adolescencia;
- desarrollar colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.

El objetivo general que este plan en Salud Mental se plantea es:

realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de Salud Mental, correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre de 2011 (Decreto 305/011: 8).

Asimismo se establecen los objetivos específicos, la población objetivo, las metas y la metodología para los distintos modos de intervención.

El plan se dirige a dos grandes poblaciones objetivos: por un lado, define estrategias destinadas a niños y adolescentes y, por otro, distinguen tres modos de abordaje para la población de adultos, esta última es la de interés de nuestro estudio. El plan define el punto de corte etario entre una y otra modalidad, mediante tres categorías de usuarios según edad: niños menores de 10 años; adolescentes de 10 a 14 años inclusive y de 15 a 19 años y jóvenes de 20 a 25 años inclusive.

Modo 1: atención en grupo con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

Modo 2: atención individual, de pareja, familia, o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido.

Modo 3: atención individual o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor al del modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

Objetivo específico 1: Realizar intervenciones grupales (Modo 1), dirigidas a las siguientes poblaciones:

- familiares o referentes afectivos de personas con uso problemático de sustancias (cocaína, pasta base de cocaína);
- familiares de usuarios que tengan diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar grave (F20 o F31);
- usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana);

- usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año;
- personas en situación de violencia doméstica;
- docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral;
- docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral;
- personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.

Metas: Asegurar la atención grupal del 100 % de las poblaciones descriptas en el objetivo 1.

Metodología: No se admitirán listas de espera para el cumplimiento de esta prestación.

Orientaciones

De los grupos:

- a. serán abiertos a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados);
- b. el máximo de integrantes será de 15 y estarán a cargo de dos técnicos coordinadores (el primer año se admitirán grupos con un solo técnico en caso de razones justificadas).

De los mecanismos de acceso:

- a. se accederá libremente o por derivación;
- b. el coordinador del grupo entrevistará al postulante antes de los 15 días de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista;
- c. si el coordinador entendiera que no es pertinente su inclusión en el Modo 1 lo derivará al Comité de Recepción o según considere;
- d. estas derivaciones podrán hacerse también al finalizar el número de sesiones estipuladas.

De los técnicos que brindan la prestación:

- a. uno de los coordinadores deberá tener título universitario de psicólogo o psiquiatra y contar con experiencia específica documentada en abordajes psicoterapéuticos grupales;
- b. el otro coordinador contará con una formación de grado en Medicina o Psicología y en algunas temáticas se admitirán egresados de otras profesiones tales como Enfermería, Servicio Social y Operadores Terapéuticos.

De los usuarios:

No se podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar el proceso en el que ya se encuentra inscripto.

Objetivo específico 2: Brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal (Modo 2), dirigida a las siguientes poblaciones:

- usuarios con IAE;

- usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive;
- docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros CAIF, docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud.

Metas: Asegurar la atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal al 100 % de las poblaciones descritas en el objetivo 2.

Metodología: Se deberá contar con un Comité de Recepción que garantice la primera consulta antes de los 30 días de solicitada la prestación. Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá 30 días para dar inicio a la prestación. Los plazos se irán acortando en la medida que se consolide la implementación del plan.

En caso de IAE, deberá ser atendido por el Comité de Recepción antes de las 48 horas, iniciándose la prestación, si correspondiera, sin previo tiempo de espera.

En el caso de usuarios con consumo problemático de sustancias, los tiempos de espera para la entrevista con el Comité y para dar inicio a la prestación no serán mayores a una semana respectivamente.

Orientaciones:

De los abordajes psicoterapéuticos:

- a. serán individuales, de pareja, familia o grupales de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción;
- b. los grupos tendrán un máximo de 12 integrantes.

De los mecanismos de acceso a la consulta con el Comité de Recepción se procederá por iniciativa del usuario o consulta espontánea; derivación desde equipo de salud o por derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

De los técnicos del Comité de Recepción:

Tendrá integración interdisciplinaria trabajando en equipo. Todos sus integrantes deberán tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica. Uno deberá ser médico psiquiatra, otro licenciado en Psicología o psicólogo y el otro podrá ser licenciado en Trabajo Social.

De los técnicos que brindan las prestaciones:

- a. el 70 % deberá ser médico psiquiatra, licenciado en Psicología o psicólogo, y contar con formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de tres años, y con experiencia en psicoterapia;
- b. se admitirán hasta un 30 % de técnicos con título de Psiquiatra o licenciado en Psicología o psicólogo y con experiencia en psicoterapia (sin formación específica completa).

De los usuarios:

- a. en caso de abandono deberá esperar un mínimo de seis meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación;

- b. en caso de finalización de un tratamiento, para solicitar nuevamente la utilización de la prestación del mismo Modo, deberá haber transcurrido un mínimo de dos años;
- c. para los casos de IAE no se considerarán los plazos estipulados en los puntos a y b.

Objetivo específico 3: Proporcionar atención individual o grupal (Modo 3), orientada a la rehabilitación de las siguientes poblaciones objetivo:

- usuarios con consumo problemático de sustancias: cocaína, pasta base de cocaína;
- usuarios con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP). Comprende a portadores de psicosis esquizofrénica y trastorno bipolar (F20 y F31).

Metas: Asegurar la atención psicoterapéutica individual o grupal al 100 % de las poblaciones descritas en el objetivo 3.

Metodología: Se deberá contar con un Comité de Recepción (ídem Modo 2). Solicitada la prestación, el usuario deberá ser recibido por este antes de los 30 días. Luego de realizada la indicación por el Comité, la institución tendrá 30 días para dar inicio a la prestación.

En el caso de usuarios con consumo problemático de sustancias, los tiempos de espera no serán mayores de una semana. En el caso de usuarios con TMSP, los mismos deberán contar con un médico psiquiatra de referencia.

Orientaciones:

De las prestaciones:

- a. serán individuales o grupales de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción;
- b. estarán a cargo de un técnico con formación psicoterapéutica. Podrán incluir otros técnicos con formación específica según lo requieran las orientaciones;
- c. cada grupo tendrá un máximo de 15 integrantes;
- d. las frecuencias se adaptarán a las necesidades de cada plan terapéutico, con un mínimo de una sesión semanal;
- e. se podrá renovar los tratamientos de usuarios que requieran mayor tiempo que el estipulado en este Modo.

De los mecanismos de acceso: Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción a través de las siguientes vías: consulta espontánea o iniciativa del usuario; derivación del equipo de salud; derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o 2 o de los técnicos del Comité de Recepción. El Comité de Recepción deberá además evaluar y determinar la renovación de la prestación.

De los técnicos que brindan la prestación:

- a. deberán ser médico psiquiatra o licenciado en Psicología o psicólogo;
- b. contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de tres años y experiencia en psicoterapia;

- c. podrán incluir otros técnicos con formación específica de acuerdo a los requerimientos.

De los usuarios: La solicitud de reingreso luego de un abandono o interrupción deberá ser considerada por el Comité de Recepción.

De los mecanismos de acceso a la entrevista con el Comité de Recepción siguiendo alguna de las siguientes vías: por iniciativa del usuario o persona a cargo; derivación de Equipo de Salud Mental; derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o Modo 2.

De los técnicos del Comité de Recepción: Es igual que lo estipulado para el Modo 2. Además deberán evaluar y determinar la renovación de la prestación.

De los técnicos que brindan la prestación:

- a. deberán ser médico psiquiatra o licenciado en Psicología o psicólogo;
- b. contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de dos años y experiencia en psicoterapia;
- c. podrán incluirse técnicos de otras disciplinas que integran el equipo interdisciplinario con formación documentada en el área específica.

De los usuarios:

En caso de abandono se deberá esperar un mínimo de tres meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación. De tratarse de usuarios con discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista, se flexibilizará el cómputo de las inasistencias, primando el criterio del perjuicio que puede ocasionarle la interrupción del tratamiento.

Orientaciones:

De los abordajes:

- a. funcionarán en lugares y días fijos;
- b. tendrán una duración no inferior a los 40 minutos para los abordajes individuales y no menor a los 75 minutos para los grupales;
- c. mantendrán en todos los casos la especificidad de su temática;
- d. funcionarán con una frecuencia mínima semanal;
- e. abarcarán un amplio espectro horario comprendiendo fundamentalmente tanto el turno matutino como el vespertino.

De los mecanismos de acceso: por iniciativa espontánea o por derivación. Las prestaciones estarán a cargo del efector al que pertenece el usuario que realiza la consulta. Para el caso de tratamiento de pareja o familiar al menos uno de los consultantes deberá ser afiliado del efector que da la prestación. La institución prestadora deberá contar en todos los casos con algún técnico referente o dispositivo grupal para atender demandas en caso de IAE sin tiempo de espera, haciéndose cargo de las necesidades de contención de la situación hasta que efectivamente comience la prestación. Lo mismo se estipula para los usuarios con uso problemático de sustancias (cocaína y pasta base de cocaína).

De los técnicos:

- a. en todos los casos los títulos deberán estar debidamente registrados y habilitados por el MSP;

- b. en un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan;
- c. se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas;
- d. deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental.

De los usuarios:

- a. el usuario no podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar su participación en el que ya se encuentra inscripto;
- b. se podrá solicitar cambio de terapeuta solamente una vez (en caso de atención individual, de pareja o familiar) y el mismo deberá realizarse no más allá de la tercera entrevista;
- c. el usuario se comprometerá a asistir en los días, hora y frecuencia pautada;
- d. en caso de abandono el número de sesiones efectuadas antes del mismo será descontado de la unidad ya que cada tratamiento será considerado en su totalidad como unidad de tiempo. Las entrevistas serán computadas dentro de la unidad de tiempo que implica la prestación.

Para los Modos 2 y 3 está previsto que serán consideradas abandono del tratamiento tres inasistencias consecutivas o más del 40 % de inasistencias a las sesiones pautadas en dos meses (salvo justificación realizada en tiempo y forma). La solicitud de reingreso a la prestación se regirá por los plazos estipulados y deberá ser considerada por el Comité de Recepción.

Comités de Recepción

El efector podrá conformar uno o varios Comités que atenderán las demandas indistintamente para los diferentes modos. Así, el usuario que requiera más de una entrevista de recepción, será referido siempre al mismo Comité. Este tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo. Podrá indicar la prestación del Modo o la derivación que considere pertinente. Y deberá evaluar y resolver el reingreso o la renovación en los casos que corresponda. Para estas decisiones podrá generar instancias de intercambio, seguimiento y otras vinculadas a la tarea.

Cada institución podrá brindar las prestaciones en los tres modos utilizando recursos propios, complementándose con otros prestadores o contratando técnicos en forma individual o como equipos técnicos públicos o privados que cumplan con los requerimientos del PPSM.

Difusión

El prestador integral dispondrá de los diferentes medios de comunicación que aseguren la difusión actualizada de los recursos terapéuticos disponibles, de modo que les facilite a los usuarios conocer los servicios, las indicaciones y los

procedimientos a seguir en cada tipo de prestación. Para ello se utilizarán los espacios acordados con la Junasa y el MSP, tales como carteleras y páginas web. Asimismo, la institución deberá proporcionar información y recibir sugerencias a través de las oficinas de Atención al Usuario.

Registros de las instituciones

Cada institución llevará registro de los usuarios atendidos en cada uno de los tres modos según las diferentes franjas etarias y de las actividades de los Comités de Recepción según los mecanismos de documentación en historias clínicas establecidos. En el caso de los IAE, se hará seguimiento durante los primeros seis meses, de acuerdo a pautas preestablecidas. La información se enviará trimestralmente al Sistema Nacional de Información (SINADI) por planilla electrónica para realizar la evaluación permanente de las prestaciones por parte del PNSM del MSP, sin perjuicio de las actividades de evaluación que la propia institución disponga. Se establece expresamente en el documento programático del PIPSM que estas nuevas prestaciones no sustituyen a las existentes ni modifican los plazos que las regulan, (pág. 11). Con independencia de esta evaluación a través del SINADI, los prestadores podrán organizar la forma de seguimiento o auditoría interna que estimen necesaria y establecer los mecanismos de control de calidad y de las prestaciones y capacitación de los recursos humanos necesarios ya sea a través de formación continua con referentes o supervisiones, ateneos y otras actividades vinculadas.

Auditorías

Por su parte el MSP en tanto organismo regulador del Estado está facultado a realizar auditorías cuando lo considere necesario u otras formas tales como reuniones periódicas programadas con los prestadores integrales, a fin de evaluar conjuntamente el desarrollo de lo planificado, las posibles contingencias, alternativas y propuestas de ajuste de ellas. De igual modo, se plantearán reuniones conjuntas para evaluar la marcha del plan con representantes de los distintos actores involucrados, promoviendo la participación de los representantes de usuarios. Por tanto se tendrá especialmente en cuenta como indicador de calidad, la información recabada por los diferentes Servicios de Atención al Usuario y las encuestas de satisfacción realizadas.

El documento programático que por decreto da origen al PIPSM establece en forma expresa que se elaborarán indicadores de evaluación de los componentes del programa. Queda supeditado al resultado de las evaluaciones y de futuros estudios de viabilidad y sustentabilidad, la posibilidad de incorporar estudios epidemiológicos y otros dispositivos específicos de abordaje así como la ampliación de la población beneficiaria.

Finalmente el documento programático del Decreto 305/2011 consigna que el no cumplimiento de lo programado supondrá la aplicación de sanciones previamente estipuladas en el Contrato de Gestión suscripto entre la Junasa y cada uno de los Prestadores Integrales.

Recursos Humanos

La disponibilidad de recursos humanos dependerá de las formas de contratación que establezca cada prestador, pero tendrá que hacer las provisiones de personal de modo de cumplir con los requerimientos de funcionamiento de los Comités de Recepción, administración y coordinación de servicios. Para esto último, se nombrará un referente en Salud Mental, quien oficiará como tal en el ámbito intrainstitucional, y como nexo entre el MSP y el prestador en lo referente a la implementación de las prestaciones en Salud Mental del plan. Del mismo modo cada prestador debe acondicionar la planta física de modos que los espacios sean fijos aunque no necesariamente deban estar ubicados en locales preexistentes de cada efector integral.

Financiamiento

Para el financiamiento del PIPSM-SNIS se efectuó el cálculo de costos estimativos con aumento de la cuota Fonasa y se establece que dichas prestaciones serán financiadas mediante un incremento de las cápitas que paga el Fonasa y de las cuotas de afiliaciones individuales y las de los convenios colectivos que haya acordado el prestador. Se autoriza a que las IAMC aumenten las cuotas individuales y colectivas y se crean dos tipos de tasas moderadoras que, en los hechos, operan como copagos para el financiamiento de las nuevas prestaciones (Arbulo y otros 2012: 40). Esta normativa en referencia al Decreto 305/011, establece en el siguiente cuadro sobre derechos y beneficios que brinda el SNIS con relación a las tasas moderadoras: a cobrar:

Derecho a prestaciones y beneficios III

Derecho a atención en diversas situaciones vinculadas a Salud Mental (problemas vinculares, depresión y otras patologías, discapacidades, consumos problemáticos, violencia doméstica, docentes, etc.).
Modo 1: atención gratuita en grupo (hasta 12 sesiones anuales) desde 1.11.2011 = Adultos familiares de consumidores problemáticos de sustancias, (cocaína y pasta base), familiares de esquizofrénicos, duelos, familiar de IAE, violencia doméstica, docentes de primaria, secundaria y técnica, y personal de salud. Acceso Modo 1: libre /por derivación. Coordinador de cada grupo entrevista al postulante antes de 15 días.
Modo 2: Atención individual, de pareja, familiar o grupal (hasta 24 sesiones al año) desde 1.9.2011, con copagos (véase abajo Modo de acceso) = adultos con IAE + y adolescentes desde 15 años hasta jóvenes con 25 inclusive, cualquier consulta + docentes de primaria, secundaria y técnica y de centros CAIF, y trabajadores de salud.
Modo 3: Atención individual o grupal (hasta 48 sesiones /año), desde el 1.9.2011, con copagos menores a Modo 2 = Consumidores problemáticos de sustancia (Cocaína y pasta base) + trastornos mentales severos y persistentes (psicosis esquizofrénica y trastorno bipolar).
Acceso Modo 2 y 3: propia iniciativa, x derivación médica o derivación de Coordinadores de grupo modo 1; x entrevista de Comité de Recepción, no más de 30 días, (salvo IAE no más de 48 h, y consumos problemáticos no más de una semana). Luego hay plazo de 30 días más para iniciar prestación (salvo IAE cuya atención será inmediata, y consumos problemáticos que no deberá superar la semana).

Fuente: MSP SNIS (2011) Derechos y beneficios de los usuarios

Sin duda el plan promete ser un avance en el derecho de los usuarios de los servicios de salud. Dada la diversidad de abordajes psicoterapéuticos y de modalidades de intervención psicosociales desarrollados y disponibles en nuestro medio, es importante el hecho que se priorice la innovación de las prestaciones en Salud Mental bajo una adecuada indicación y hacia la diversidad de abordajes y técnicas (individuales, grupales, de pareja y familia, institucionales) a fin de optimizar los recursos disponibles y atender las necesidades asistenciales de la población general, potenciando los recursos humanos sin perder calidad técnica.

La construcción de servicios de salud mental en las entrañas de ese sistema supone articular las bondades de la psicología y la psiquiatría, de los procedimientos psicosociales, de psicoterapia y neurobiológicos. Esta convergencia impone cambios radicales de mentalidad, nuevos estilos de trabajo colectivo e interdisciplinario y contratos laborales de calidad que consagren la dedicación exclusiva y la superación del multiempleo. (Arduino y Ginés, 2013: 59).

Nuevas prestaciones en Salud Mental en Uruguay²⁶

Ya en 2011, las autoridades del MSP planteaban la situación nacional y señalaban que:

resultan imprescindibles las acciones en Salud Mental, siendo condición necesaria priorizar y articular las mismas, 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.²⁷

El MSP tiene un complejo organigrama de funcionamiento en el sector de la Salud Mental. Básicamente se podría decir que en el Programa Nacional de Salud Mental se regulan los aspectos políticos del sector, mientras que desde el Programa de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE²⁸ se crean y gestionan los servicios preexistentes y aquellos que se suman, comprendidos en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM), Decreto 305/011 ya citado.

El organismo operativamente hace unos años ha definido cinco subdivisiones territoriales llamadas regionales, a partir de un reordenamiento y redistribución

26 Los datos que se aportan han sido recogidos en entrevistas a informantes calificados pertenecientes al PNSM y en exposiciones públicas tales como disertaciones en ocasión del Día de la Salud Mental, las Jornadas de Psicoterapia en los Servicios de Salud realizadas en el Hospital de Clínicas y otros eventos de esa naturaleza. El trabajo de campo contó con la colaboración invalorable de Carla Palombo, estudiante avanzada de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y de Lucía Blanco trabajadora social recientemente egresada.

27 Actividad realizada por el MSP el 20/12/2011, para informar sobre los avances del primer trimestre en la implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental recientemente decretadas en el país. Los primeros resultados fueron presentados por las autoridades de entonces, el ministro de Salud Pública Dr. Jorge Venegas; la directora del Departamento de Programación Estratégica del MSP, Dra. Ana Noble y el responsable del Programa Nacional de Salud Mental, Lic. Psic. Hebert Tenenbaum.

28 Para ampliar información se puede consultar el sitio web disponible en <http://www.asse.com.uy/uc_5342_1.html>

de funciones del MSP que responde a coordinadas epidemiológicas, poblacionales, distribución de servicios y recursos humanos disponibles en el país, etcétera.

En el ámbito privado, existen 44 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), las cuales se agrupan en la Federación de Mutualistas de Montevideo y en la Federación de Mutualistas del Interior (FEMI) según corresponda.

En el siguiente cuadro se indican las cinco regionales del interior del país de la Red de Salud Mental detallando los departamentos que integra cada una de ellas:

Cuadro Red de Salud Mental Regionales del Interior

Reg. Este	Reg. Litoral	Reg. Centro	Reg. Noreste	Reg. Norte
Rocha	Colonia	Durazno*	Cerro Largo*	Artigas*
Maldonado*	Soriano*	Flores*	Lavalleja*	Rivera*
San Carlos	Río Negro*	Florida	Treinta y Tres*	Salto*
Canelones		San José*		Paysandú*
				Tacuarembó*
Total 4	Total 3	Total 4	Total 3	Total 5

Fuente: Programa de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables-ASSE²⁹

Con la puesta en vigencia del plan en el marco del SNIS, los servicios se concentran en las capitales departamentales a excepción del departamento de Maldonado que también tiene uno en la localidad de San Carlos. Catorce de estos centros (se señalan con asterisco), cuentan además, con actividades de rehabilitación psicosocial en unos casos más desarrolladas que en otros. A su vez, se han creado recientemente dos centros pertenecientes a la Red de Drogas, Casabierta en Artigas (Regional Norte) y Jagüel en Maldonado (Regional Este) que se adscriben al Portal Amarillo que funciona en Montevideo desde 2009.

En el área metropolitana y Montevideo, el área geográfica se subdivide en tres regionales con un total de 50 centros públicos con Equipos de Salud Mental en funcionamiento.

A continuación se presenta su distribución en el área geográfica referida que comprende el departamento de Montevideo extendido a zonas aledañas que son parte del territorio del departamento de San José y de Canelones respectivamente.

29 Disponible en <http://www.asse.com.uy/uc_5231_1.html> varias fechas de consulta entre 2012-2014.

Cuadro Red de Salud Mental Regionales Metropolitana y Montevideo

Equipos de Salud Mental instalados y en funcionamiento desde setiembre de 2011*		
Reg. Este	Reg. Metropolitana	Reg. Oeste
Unión	Canelones	Ciudad del Plata
Ciudad de la Costa	Las Piedras	Centro Diurno Sayago
Jardines del Hipódromo	Pando	Cerro Inve 18
La Cruz de Carrasco	Centro Rehabilitación Pando	CRAPS (ex Filtro)
Maroñas	Santa Lucía	Adicciones Hospital Maciel
Misurraco	Santoral	Policlínica Salud Mental Hospital Maciel
Salud Mental Hospital Pasteur	Ínterin Barros Blancos	Hospital Pereira Rossell Niños
Piedras Blancas		Hospital Pereira Rossell de la Mujer
Complejo Maroñas		Maracaná Sur (Cerro)
Policlínica León Duarte		Saint Bois
Policlínica Capra		Sayago - Uda II
Policlínica Artigas		Policlínica y Centro de Rehabilitación Vilardebó
El Monarca		Policlínica Villa Sarandí
Don Bosco		Policlínica Santiago Vázquez
24 de julio		Policlínica Morell
8 de marzo		Policlínica San José
Policlínica Lancasteriana		Policlínica 3 Ombúes
Policlínica UTE		Policlínica Montserrat
Ínterin Casavalle		Policlínica Santa Catalina
Ínterin Colonia Nicolich		Policlínica Nuevo Amanecer
		Policlínica Complejo América
		Policlínica Verdisol
		Centro de Salud Ciudad Vieja
		Ínterin Centro Sur
		Ínterin Cerro
Total 20	Total 7	Total 23

*Las unidades de atención denominadas INTERIN corresponden a la sigla Atención Intersectorial e Interdisciplinaria para el Desarrollo y el Aprendizaje, la Promoción de Derechos y el Fortalecimiento de las Instituciones Educativas.

Pero como ya hemos planteado, el sistema de salud uruguayo no solo se delimita por la división entre el sector público y los prestadores integrales del sector privado. Existe una multiplicidad de instituciones asistenciales públicas que conforman la RIEPS como el hospital universitario y las policlínicas municipales, sumado a una cantidad de organizaciones privadas que bajo distintos

formas jurídicas se insertan a través de una complejísima manera de relacionarse con el sistema.

Para el caso concreto del campo de la Salud Mental, cabe destacar algunas organizaciones cuyo protagonismo en el sistema es relevante y que desarrollaremos a continuación.

El contexto asistencial en la esfera pública

Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata

Se trata de una institución creada por ley en el año 1948, como entidad del tipo público-privado que no depende del MSP, cuya función es velar por los intereses de las personas identificadas, en aquella época como «psicópatas», tanto para su tratamiento como para su bienestar. Esta Comisión está integrada por los directores de la Colonia Etchepare y del Hospital Vilardebó³⁰, el profesor titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar), el inspector general del Psicópata, el director del Programa de Salud Mental del MSP y cuatro personas representantes de la comunidad, habitualmente pertenecientes a los grupos de familiares de pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes. Este organismo, en general, tiene y ha tenido una integración con fuerte predominio psiquiátrico y hasta el momento, no ha sido incorporada ninguna representación de las universidades privadas. De esta Comisión depende el Patronato del Psicópata³¹, que fundamentalmente ha incluido acciones de rehabilitación psíquica con centros en todo el país destinadas a personas con trastornos mentales graves y persistentes.

En la Universidad de la República existen algunos programas docente asistenciales como el Programa de Psicoterapia y Abordajes del Hospital de Clínicas perteneciente al posgrado de Especialización en Psiquiatría de la Facultad de Medicina, que ha funcionado en forma permanente desde 1986 cumpliendo con los cometidos universitarios de docencia, e investigación y extensión-asistencia en psicoterapia. Este Programa, pionero en la formación de recursos humanos en psicoterapia en el Uruguay, ha contado con la observación y evaluación sistemática de un programa de investigación permanente *ad hoc*.

También en la Escuela de Graduados de Facultad de Medicina, desde 2004 se imparte la Diplomatura de Psicoterapia en los Servicios de Salud³² donde convergen además de la Clínica Psiquiátrica, la Clínica Psiquiátrica Pediátrica, la cátedra de Psicología Médica y Salud Mental Comunitaria destinada a graduados de Medicina con formación en Psiquiatría y a titulados en Psicología.

30 Ambas instituciones psiquiátricas que han merecido tratamiento en el apartado dedicado a la reseña histórica del sistema de Salud Mental en el Uruguay.

31 Se refiere al artículo 3 de la Ley 9581 que ya ha sido trabajada en apartados anteriores.

32 Para informarse sobre la Diplomatura se puede consultar en <<http://diplo-psicoterapia-servicios-salud.blogspot.com/>>

Por su parte, la Facultad de Psicología cuenta con un programa docente asistencial denominado Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial el cual es operativizado a través de un convenio con ASSE-MSP³³. El Servicio tiene una nómina de unos treinta y cinco profesionales externos a cargo de los procesos psicoterapéuticos de pacientes derivados por el equipo docente. Se trata de un servicio específico que brinda atención psicológica integral en los niveles de promoción y prevención para los funcionarios del MSP y sus familias, beneficiarios de Asistencia Integral.

Policlínicas de Salud Mental de la Intendencia de Montevideo

En las policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IM)³⁴ se atienden usuarios afiliados a cualquier tipo de cobertura, aunque mayoritariamente es población proveniente de ASSE, para quienes los medicamentos y tratamientos son gratuitos. Estas policlínicas municipales totalizan 21 centros que cubren la asistencia de: niños desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, adolescentes de 10 a 19 años, adultos de 20 a 64 años, adultos mayores de más de 65 años, a través de acciones de Atención Primaria en Salud Mental, en el primer nivel de atención. En la mayoría de ellas se han implementado grupos de autoayuda con el fin de trabajar colectivamente sobre cambios en los estilos de vida y los determinantes de la salud (usuarios obesos, diabéticos, cesación de tabaquismo, etc.). Los recursos humanos comprenden trabajadores municipales y personal vinculado por convenio con la Universidad de la República (Udelar). Los equipos asistenciales están integrados por médicos generales, pediatras, odontólogos, psicólogos, ginecólogos, enfermeras, vacunadores, nutricionistas y administrativos. Algunos cuentan con trabajadores sociales.

Desde un punto de vista teórico se supone que en el primer nivel de atención no se hace psicoterapia, pero en la práctica siempre hemos hecho psicoterapia. Durante mucho tiempo no lo decíamos, hasta que asumimos que es algo con características distintas, que se puede hacer. Según la corriente dirán que son intervenciones y no psicoterapia, desde mi formación sí lo es. De todas formas lo que importa son los resultados, la búsqueda de todas las psicólogas es que la persona logre la ayuda que viene buscando para salir adelante (entrevista a psicólogas de las policlínicas de Salud Mental de la IM).

En cuanto a la existencia de alguna forma de intercambio o supervisión, una vez al mes se realiza una reunión de equipo municipal según los requerimientos de la demanda. Se realizan sin periodicidad predeterminada reuniones por áreas de trabajo o porque lo amerita una situación emergente concreta. Según información recogida:

33 Para ampliar información sobre el convenio Facultad de Psicología-MSP se puede consultar en <<http://www.psico.edu.uy/servicios/sappa>>

34 Para ampliar información sobre el funcionamiento de las policlínicas de la IMM se puede consultar <<http://www.montevideo.gub.uy/ciudadania/servicios/salud/policlinicas>>.

Lo más importante son las reuniones donde ponemos en común las diversas situaciones. Conjuntamente están nuestras relaciones interpersonales, vas a encontrar que hay una fraternidad muy grande, aunque puede haber dificultades de relacionamiento como en todos lados. No hay instancias por fuera de estas, se habla del tema, se sabe cómo manejar el estrés. Porque el estrés no proviene generalmente de acá, son solo cuatro horas diarias; casi todo el mundo tiene multiempleo... Es difícil cuantificar cuántas personas pasan por nuestro programa (entrevista a psicólogos de las policlínicas de Salud Mental de la IM).

Algunas experiencias de los Equipos de Salud Mental ESM ASSE-MSP

Como ya fue comentado, en ASSE el territorio ha sido organizado en regionales según criterios del MSP, a efectos de la operativa del Plan de Salud Mental a través del establecimiento de Equipos de Salud Mental (ESM) nuevos o reactivación de los ya existentes.

A continuación se detallan las policlínicas del sector público seleccionadas como unidades de análisis de nuestro estudio y luego se pormenorizan los resultados de cada uno de los Centros de Salud Mental relevados, ubicados en Montevideo, en la zona metropolitana y en el interior del país, que han estado de acuerdo en colaborar con esta investigación.

En Montevideo:

- ESM Centro La Cruz de Carrasco Regional Este,
- ESM Centro de Salud Piedras Blancas, Anexo de Salud Mental,
- ESM Policlínica del Maciel Centro de Salud Mental Ciudad Vieja.

En el área metropolitana:

- ESM Ciudad del Plata (Regional Oeste),
- ESM Ciudad de la Costa (Regional Este).

En el interior del país:

- ESM Centro de Salud y Salud Mental perteneciente a la Regional Este,
- ESM Centro de Salud y Salud Mental perteneciente a la Regional Norte,
- ESM Centro de Salud y Salud Mental perteneciente a la Regional litoral.

Centros en Montevideo

esm Centro La Cruz de Carrasco Regional Este

El Centro de Salud de La Cruz de Carrasco se encuentra ubicado en Montevideo, en un barrio que antiguamente fuera una zona fabril y donde actualmente hay muchos complejos de cooperativas de vivienda. Al mismo tiempo, en un proceso creciente de pauperización, se han formado múltiples asentamientos irregulares en torno a establecimientos industriales que se encuentran vacíos y abandonados.

En ese contexto, funciona desde hace muchos años un Centro de Salud Mental perteneciente a la órbita de ASSE que atiende la demanda de asistencia en forma ambulatoria durante 12 horas diarias de lunes a viernes. El equipo de trabajo de este Centro, está integrado por un total de catorce técnicos: tres

psiquiatras de adultos, dos psiquiatras de niños-adolescentes, cuatro psicólogos, un trabajador social, dos auxiliares de enfermería, una administrativa y una psicóloga de área.

La policlínica de La Cruz, como se la conoce por el barrio, se caracteriza dentro del sistema por tener una demanda de atención extensa que abarca todas las edades, consulta espontánea o derivada por psiquiatría, médico general, médicos de familia, pediatras:

[...] nos llega de todo y hay que atenderlos, una gran variedad de circunstancias clínicas nos llegan al consultorio: situaciones de consumo, de violencia doméstica, problemas de pareja, depresiones, ansiedad, angustia, duelos. La mayoría de las consultas están vinculadas directa o indirectamente a situaciones sociales con circunstancias que favorecen la marginalidad y la vulnerabilidad psicológica: pobreza extrema, falta de empleo, situaciones vitales estresantes, dificultades en la convivencia y en los vínculos familiares y con vecinos (trabajadora social del Centro).

Esto es corroborado por la psicóloga:

Los síntomas se recrudecen y se rigidizan con tendencia a la repetición, cobrando fuerza de generación en generación el colecho, la cohabitación, la enuresis, el abuso y la violencia del tipo de conflictiva edípica no resuelta... Las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden tramitarse mediante una misma técnica y nuestra actividad terapéutica debe tener modificaciones... El desafío de realizar psicoterapia en contextos críticos implica ser receptivos a la escucha del pedido de ayuda, cuestionar nuestro trabajo, la validez del mismo y lograr por la evolución del paciente un proceso y resultado constatable. Los abordajes que se realizan son intervenciones puntuales con objetivos limitados y se debe trabajar sobre los puntos de urgencia, por ejemplo empezar con: ¿Qué lo trae por aquí? En la primera entrevista que la consideramos diagnóstica el terapeuta busca obtener una primera visión de los posibles conflictos.

Otro psicólogo se suma para contar: «Son acciones puntuales y breves que apuntan a mejorar el síntoma y en otros casos podemos tener metas más ambiciosas y plantearnos una psicoterapia ahondando en una conflictiva más compleja».

La coordinadora retoma la palabra y dice:

Es mucho el trabajo y no hay tiempo para la reflexión. Hay dos grupos de intervenciones: uno de enfoque psicoterapéutico y de apoyo y otro del tipo expresivo. Se tratan de dispositivos grupales para usuarios, familiares o referentes de consumidores de sustancias. En 2012 realizamos seis Talleres de Sensibilización sobre el Uso Problemático de Sustancias en instituciones de la zona. Además de las actividades de formación a los usuarios, las actividades de integración con otros técnicos del Centro de Salud, (médicos de familia, espacio de adolescentes, etc.), la «esquizofest» para las personas con trastornos graves y las asambleas comunitarias. Pero nos falta formación en intervenciones grupales y comunitarias, lo hacemos como podemos.

En La Cruz de Carrasco consultaron en el años 2012-2013 casi 5000 adultos y unos 2000 niños y adolescentes, por eso el Equipo considera que:

El trabajo es muchísimo y la demanda nos desborda y nos preocupan los tiempos de espera para la primera consulta. Andamos en 50 días para ver al psiquiatra, 60 para consultar con el psiquiatra de niños y adolescentes y 25 días para la consulta psicológica.

esm Centro de Salud Badano Repetto. Anexo de Salud Mental-Piedras Blancas

Es un servicio de Primer Nivel de Atención que funciona de lunes a viernes de 7 a 19 horas en el barrio de Piedras Blancas situado en la zona norte de la ciudad de Montevideo. Además de población urbana, este barrio está compuesto por pequeños productores rurales, en su mayoría informales, y grandes asentamientos, por lo que se trata de una población con vulnerabilidades múltiples.

El equipo del Anexo de Salud Mental Piedras Blancas lo integran 15 personas entre técnicos y administrativos: cuatro psiquiatras, dos para adultos y dos para niños, cuatro psicólogos, dos trabajadores sociales, dos enfermeras, y una administrativa.

Uno de los psicólogos de este servicio informa sobre una instancia de coordinación comunitaria en territorio a través de una Red de Efectores de Salud. Se trata de un espacio de trabajo que desde el año 2006 se ha ido conformando por parte de representantes de las diversas instituciones y organizaciones sociales locales. Actualmente conforman esta Red, técnicos del Centro de Salud y del Anexo de Salud Mental, representantes de los liceos n.º 39 y n.º 67, de la Plaza de Deporte n.º 8, del Centro Comunal Zonal (ccz) de la Intendencia de Montevideo n.º 10, y organizaciones de la sociedad civil en convenio con el Ministerio de Desarrollo Social (Mides) como los Servicios de Orientación Consulta y Articulación Territorial (SOCAT) de Manga y Piedras Blancas y vecinos en general. Este colectivo se reúne en forma quincenal en las instalaciones barriales de la biblioteca Batlle y Ordóñez, perteneciente al Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

Se acordó por parte de los integrantes de esta Red, una instancia de trabajo anual con el objetivo de desarrollar líneas de acción que habiliten una reflexión conjunta en función de ejes temáticos jerarquizados y priorizados. Se realizan entre dos y tres actividades anuales. En estos últimos años, se ha trabajado fundamentalmente en dos áreas: consumo problemático de sustancias psicoactivas y situaciones de violencia doméstica. La última actividad realizada fue un proyecto de prevención de la salud dirigido a la población adulta. Actualmente se está trabajando en la coordinación y organización de una feria de promoción de salud, a realizarse en la Plaza de Deportes n.º 8, vinculada concretamente al consumo de drogas por parte de los adolescentes.

Según se nos informa en este Centro, el perfil de la demanda de la población es muy grave y se concentra en consultas por depresión con muchos intentos de autoeliminación (IAE), psicosis y problemas en los vínculos familiares en especial violencia intrafamiliar. Básicamente las acciones de prevención y promoción en Salud Mental han sido intervenciones individuales en cada consulta y acciones de

prevención con las familias sobre uso problemático de drogas y cesación del tabaquismo. El proyecto actualmente en marcha es la conformación de una red barrial de Infancia y Adolescencia, donde participan todos los actores involucrados a través de los centros educativos de la zona. En este grupo etario es donde, según los técnicos, se encuentra detectada la problemática emergente que requiere rápidamente de intervención. El técnico coordinador de este Centro afirma:

Acá se trabaja sobre lo urgente, no sobre lo importante... Seguimiento estrictamente es complicado hacerlo... no contamos con los recursos. Además imagínate, mi rol principal está enfocado a la coordinación del Anexo, no podría estar yendo a actividades comunitarias y haciendo visitas domiciliarias a todos los pacientes que consultan... Las nuevas prestaciones no han cambiado nada acá; nosotros ya veníamos trabajando con violencia doméstica, drogas... esas cosas ya se hacían. Te podría decir que el único cambio positivo es que ahora contamos con un poco más de recursos profesionales.

Y agrega:

Tratamos de hacer lo mejor, dentro de toda la porquería que hacemos, tratamos de hacer lo mejor, pero lejos está de llegar a lo que se supone que tendríamos que hacer, no sabemos trabajar en grupos y a muchos técnicos les cuesta salir del Centro.

La entrevistada sostiene que son muchos los problemas, la cantidad de gente que pide atención y la gravedad de las situaciones por las que se consulta implicaría tener gente formada en cada problemática. Otro problema que identifica es el multiempleo de los técnicos, y la desmotivación que provoca ausentismo o impuntualidad. También entiende que hay problemas entre la dirección de las políticas y los técnicos operativos encargados de su ejecución. Al respecto dice:

Han pasado muchos (políticos) con discursos muy lindos, pero nosotros seguimos con un tenedor y una cuchara trabajando como podemos; tratando de hacer lo que podemos, con los recursos que podemos, en el entorno que podemos, cuidándonos lo mejor que podemos.

ESM Policlínica del Maciel Centro de Salud Mental Ciudad Vieja

La policlínica del Maciel ubicada en el barrio Ciudad Vieja de Montevideo funciona como anexo del viejo Hospital de la Hermandad de San José y Caridad, que fuera fundado a finales del siglo XVIII por la Iglesia Católica con la finalidad de atender a los prisioneros, enfermos, desprotegidos, etc. (Barrán, 1990). Hoy en día, conocido como el Hospital Maciel, es el efector público del tercer nivel de atención a la salud más grande del país.

También es muy grande la cantidad de población que cubre la policlínica de Salud Mental, que atiende de lunes a viernes de 9 a 17 horas, y da cobertura a los beneficiarios de ASSE residentes en una extensa zona que incluye la zona portuaria, el centro de la ciudad y barrios linderos con población urbana en situación de vulnerabilidad extrema.

Trabajamos con una población muy compleja, con muchas situaciones de violencia, de abusos, de consumo, lo cual hace un abordaje necesario, un abordaje no solo interdisciplinario o multidisciplinario en equipo, sino también interinstitucional. Coordinamos con distintas instituciones de la comunidad también (psicóloga de la policlínica Maciel).

Desbordado por esta problemática desde hace unos años, este servicio de ASSE, pionero en la atención comunitaria que ha asistido históricamente a un vasto sector de la población, se ve obligado a restringir la asistencia, por lo cual coordina las acciones propias del primer nivel de atención en referencia y contra referencia con otros servicios de la red asistencial pública, contribuyendo a aumentar la capacidad de resolución de las policlínicas y centros de menor complejidad de esa zona de la ciudad.

Como parte de las acciones en Salud Mental desarrolla programas en los niveles de prevención y promoción y también de tratamiento ambulatorio con el apoyo de seis camas de internación psiquiátrica y de farmacodependencia de pacientes agudos. La oferta asistencial incluye programas para todos los grupos etarios y otros que atienden problemáticas específicas, (especialmente drogodependencia, violencia doméstica, intentos de autoeliminación, salud sexual y reproductiva, psicoeducación) donde trabajan en forma interdisciplinaria diferentes técnicos (geriatra, médico de familia, psiquiatra infantil y de adultos, enfermería, psicología, trabajadores sociales, psicomotricistas, educadores sociales, etc.). Además de la asistencia directa, trabajan en forma grupal y se realizan talleres de sensibilización internos e intersectoriales con el resto de organizaciones que operan territorialmente en tan compleja zona.

Además el servicio tiene una policlínica de Farmacodependencia que funciona de lunes a viernes de 8 a 16 horas desde hace más de veinte años, con un equipo interdisciplinario (en el momento no cuenta con trabajador social). La policlínica ofrece en forma gratuita: consulta, rehabilitación y tratamiento, apoyo familiar, terapias de apoyo, seguimientos y educación a demanda, con posibilidades limitadas de internación. Este equipo realiza actividades de prevención fuera del establecimiento coordinando tareas comunitarias con una vasta red de programas y políticas sociales en el tema.

Una psicóloga de este servicio refiere a las intervenciones comunitarias intersectoriales y comenta:

Es como la puerta de entrada del usuario al sistema, y se evalúan las situaciones, se busca una detección precoz, en caso de que exista patología se lo deriva a un segundo nivel, y de lo contrario se realizan intervenciones dentro del Centro de Salud, en el primer nivel o con la comunidad. ... Hay profesionales que funcionan más desde un viejo paradigma, de esto de la policlínica, las muchas clínicas; cada uno en su cuartito. Que no es solo en los profesionales, es el sistema que también tiene esa lógica. Lo médicos tienen que ver determinada cantidad de pacientes al día, cada diez minutos, no sé... Entonces, tampoco hay mucho tiempo y mucha disponibilidad para hacer otras cosas.

Y más tarde agrega que:

[...] viste que el cambio de modelo ya viene desde algunos años, pero a veces cambian antes los modelos que las cabezas. Por un lado, se habla de toda esta integralidad, de todo este abordaje integral, teniendo en cuenta la prevención y la promoción; por otro lado, la mayoría de los profesionales están atascados con las agendas y eso imposibilita el trabajo en equipo, y también el tener actividades de promoción de salud. Hay como un doble discurso, por un lado la integralidad y por otro lado, los números, las agendas...

Área metropolitana

Para el caso de esta área geográfica, se entrevistó a un psiquiatra que trabaja en el Centro de Ciudad de la Costa y en el de la Ciudad del Plata, ambos servicios de ASSE considerados en nuestro estudio. Este psiquiatra se interesó en nuestro estudio y organizamos una reunión del tipo grupo focal con técnicos de los dos servicios en el marco de actividades desarrolladas en el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas. La información recogida mediante la entrevista y el grupo focal, la presentamos a continuación.

ESM Ciudad del Plata (Regional Oeste)

Este equipo está ubicado en el Centro de Salud de Ciudad del Plata en el departamento de San José y en el área metropolitana de la costa oeste de Montevideo. Esta zona, según nos comentan los técnicos, se caracteriza por «diferentes situaciones que reflejan un cambio en el sistema de normas y valores de determinados grupos o personas que no creen en las vías tradicionales de desarrollo personal, a través de la educación, el trabajo y la convivencia social». Se trata de una de las zonas consideradas como barrios en situación de pobreza y exclusión social extrema. Sin embargo destacan que allí los pobladores, que alcanzan unos 35.000 habitantes, tienen sentido de pertenencia e identidad y que es una zona «con una buena presencia de políticas públicas y elevado entramado institucional», principalmente pertenecientes al Ministerio de Desarrollo Social (Mides).

El equipo de este Centro está integrado por dos psicólogas (una de estas en calidad de coordinadora del Centro) dos estudiantes de Psicología (una residente y la otra practicante), un psiquiatra de adultos, una psiquiatra infantil, una trabajadora social y un administrativo.

ESM Ciudad de la Costa (Regional Este)

Este Centro Ciudad de la Costa también está ubicado en el área metropolitana pero hacia la costa este de la ciudad de Montevideo, en el departamento de Canelones. Según el equipo técnico de este Centro, es una zona caracterizada por un crecimiento demográfico desmesurado en los últimos años y un nivel socioeconómico heterogéneo. Por lo que nos informan, se habría multiplicado por siete el volumen poblacional en el período intercensal, con una proporción de unos 12.000 habitantes en situación socioeconómica vulnerable, mientras el resto tiene mayor nivel de ingreso. La heterogeneidad tiene expresión en el territorio,

cuanto más próximo a la costa o a la capital se reside, mejor nivel socioeconómico por lo que allí habría menor incidencia de situaciones de emergencia social.

Este Centro, ubicado en la zona más carenciada del área de influencia, cuenta con un equipo integrado por dos psicólogas infantiles y juvenil (una de las cuales se desempeña como coordinadora), dos psicólogos de adultos, un residente y un practicante en psicología, cinco psiquiatras de adultos, un psiquiatra infantil, dos trabajadoras sociales, dos enfermeras y un administrativo.

Aunque los técnicos de estos dos Centros sostienen que cada uno de los equipos tiene distintos enfoques y adoptan roles variables determinados por la realidad de la comunidad a la cual pertenecen, varios de ellos revisten en la plantilla de personal de ambos servicios, por cuanto la reunión centra su foco en una suerte de síntesis operativa y de resumen común, donde la comparación es reiterada.

Refieren que las actividades desarrolladas en ambos Centros son de promoción y educación en salud con población «no consultante» (talleres, grupos de mujeres, o de adolescentes, etc.); participación en programas interinstitucionales (violencia doméstica, deserción escolar, etc.). También se realizan intervenciones psicosociales sobre situaciones críticas sobre las cuales, según informan, no se cuenta en el sistema sanitario con herramientas que garanticen una intervención eficaz. Otra área en que trabajan está orientada a los abordajes de corta duración tales como las terapias breves y focales, al apoyo psicoterapéutico o a la intervención en crisis. Para los casos de adicciones y trastornos mentales severos y persistentes (TMSP) se despliegan psicoterapias breves específicas y grupos psicoterapéuticos.

En ambos Centros se han organizado talleres sobre violencia doméstica, deserción escolar, etc. Otra actividad que ha motivado a los técnicos son los que ellos denominan «Actividades inter-programáticas e inter-institucionales», que consistiría en el despliegue de estrategias comunitarias territoriales. Al respecto se escuchan algunos comentarios tales como: «eso es cualquier cosa»; «siempre vamos nosotros y la escuela. Y el resto... nunca aparece»; «es un lugar para quejarse y llorar juntos (risas)»; «hacemos lo que podemos y muchas veces improvisamos, no tenemos formación para esto». Uno de los psiquiatras interviene para pedir

[...] hablemos en serio. Todo es un proceso y si bien algunos tienen una larga experiencia acumulada, estos cambios de la Salud Mental recién empiezan. En nuestras actividades tenemos ventajas y desventajas... hay acciones de gran eficacia potencial por su perfil preventivo primario pero que son difíciles de implementar dada su «inespecificidad»; es muy difícil establecer cuáles actividades son eficaces y cómo se pueden «medir» sus efectos. Además hay riesgos porque se trata de una intervención sobre situaciones en las que no se cuenta desde el sistema sanitario con herramientas para intervenir eficazmente (psiquiatra de los Centros Ciudad de la Costa y Ciudad del Plata).

Respecto de los problemas que enfrentan, los técnicos coinciden en:

- la escasez de recursos humanos es una constante que dificulta el trabajo en los ESM y obligan a maximizar el impacto de lo que se hace;

- la orientación de la psicoterapia está en estrecha relación con el enfoque del ESM al que se pertenece;
- entre los factores que definen el enfoque del ESM uno muy importante es las características de la comunidad;
- con relación a la psicoterapia en los ESM tendrían cabida las psicoterapias breves siendo las psicoterapias prolongadas excepcionales;
- la supervisión es inexistente a excepción de las instancias que ofrece el Programa de Psicoterapia del Clínicas;
- la formación «desde la institución se asegura que es voluntaria pero cuando se plantea surgen obstáculos de tipo operativo que hacen difícil la asistencia», «el incentivo solo existe cuando son las actividades del MSP, para el resto hay que rebuscarse y pagarlas o concurrir fuera del horario».

Otra intervención insiste en algo que se dijo en el intercambio informal para resaltar que todo lo expuesto es muy teórico:

[...] en realidad se hace lo que se puede y como se puede. El asunto es que mal que bien en el sector público existía de antes cierta estructura, la cual se amplió pero se capitaliza esa experiencia. En general no fueron muchos los nuevos cargos, tal vez sí para los psicólogos y en algunos casos para los asistentes sociales. Yo trabajo en una mutualista y ahí sí que improvisamos, estamos muy presionados por los criterios de la dirección que son más empresariales que técnicos (técnico del área metropolitana).

Equipos de Salud Mental y psicoterapia en el interior del país

Según la información recabada, la situación en el interior del país es bien diferente y los procesos mucho más lentos que los de implementación de las nuevas prestaciones en Salud Mental que tienen lugar en Montevideo.

Se relevaron varios Centros y en todos los casos se plantearon dificultades similares. A continuación se expone la información recogida en tres de esos servicios distribuidos en distintos puntos geográficos del interior del país que estarían dando cuenta de la situación general.

Centro de Salud y Salud Mental perteneciente a la Regional Este

Este Centro está ubicado en un departamento de la costa atlántica uruguay, que para el caso del Centro Departamental de Salud dependiente de ASSE tiene su sede central en Rocha, que es la capital departamental. Según nos informa la Directora Departamental de Salud y el equipo técnico (quienes nos autorizan a identificar la fuente), por razones más del tipo personal de quienes conforman el equipo técnico departamental, el servicio ha encontrado las condiciones propicias para la innovación en Salud Mental en la localidad de Castillos. A respecto nos dicen:

[...] Qué podemos decir sobre la psicoterapia y lo psicosocial. En el departamento (Rocha) está todo para hacer porque hasta el momento solo se ha hecho escasa y mala psiquiatría. Los servicios médicos que en realidad, si somos totalmente honestos, trabajan con la enfermedad, y trabajan con otros intereses que

no son los de la propia comunidad. Desde que nos conformamos como equipo hemos tratado de dedicarnos a todo el tema de la promoción de ejercicios. Se han hecho mil actividades en donde los adolescentes están ahí metiendo y trabajando impresionante; el tema de los talleres con los docentes ha sido una cosa fantástica, hay grupos de docentes que el año pasado trabajaron alrededor de 25 personas y que progresivamente fueron involucrándose, y están visualizando la práctica de tener que convivir con la educación en un momento bastante crítico, siempre con la posibilidad de que la salida necesariamente tiene que ver con el esfuerzo de cada uno, y no son cargos presupuestados sino militantes. Ahora ya con apoyo de la enseñanza empezó el segundo grupo de docentes Talleres de educación sexual y reproductiva enfocado a padres y adolescentes, lo hemos hecho varios compañeros y está buenísimo (directora departamental del Centro de Salud de Rocha).

Interviene un psicólogo del equipo rochense para agregar que:

En Castillos, una de las potencialidades que tenemos es que hay un centro cultural que tiene dos genios a la cabeza, la verdad que esos chiquilines son impresionantes; y al costadito se abrió como una sala de teatro que tiene otro genio a la cabeza, que es un docente del liceo, que enseña de forma honoraria ajedrez a los chiquilines. Esos dos lugares están frente a la plaza, en una zona donde antes no habían actividades culturales. Es una cosa absolutamente central en la posibilidad de los adolescentes de hacer algún tipo de actividad (psicólogo del ESM de Castillos).

Hacen referencia que había una demanda fuerte de los funcionarios del hospital departamental, porque estaban cansados y requerían apoyo. Empezaron a realizar talleres de «meditación» dicen ellos, serían más bien darse un tiempo para la reflexión sin llegar a ser una supervisión. Comentan:

[...] tener un momento para relajarme, para que alguien me mime, para tener un momentito para pensar sin ninguna cosa que me esté molestando; y un espacio posterior para evaluar qué siento, qué nos pasa en común, qué cosa podríamos plantear para mejorar la situación en el trabajo (psicóloga del ESM de Castillos).

Terminando la entrevista en un clima de cooperación, la directora agrega que el perfil de las problemáticas presentes en esta región del país se agrava aunque no tienen investigaciones para demostrarlo y agrega:

Vivimos un proceso donde en general las cosas se vienen complicando porque los niveles de la Salud Mental se están realmente comprometiendo, aumentan los niveles de violencia, las personas que no logran armonizarse en esta locura y en esta velocidad en que vivimos, en la que no tenemos posibilidades de tener un momento para estar conmigo y para saber lo que siento, lo que pienso, lo que digo y lo que hago (directora departamental del Centro de Salud de Rocha).

Centro de Salud y Salud Mental perteneciente a la Regional Norte

La Regional Norte es la que nuclea el mayor número de departamentos del total de regionales del interior del país, que para los temas de psiquiatría, psicología y Salud Mental se concentran en la ciudad de Salto y para las conductas de abuso problemáticos de drogas en el Centro Casabierta en la ciudad de Artigas.

El antiguo Hospital Regional de Salto contaba solamente con un psiquiatra como único recurso disponible en Salud Mental del departamento, hasta 1997 en que se inauguró el primer Servicio de Salud Mental para el sector de hombres, que contaba para entonces con 13 camas atendidas por tres médicos psiquiatras, una licenciada en Enfermería y un equipo de seis auxiliares de Enfermería, mediante contrato de Comisión del MSP y el Patronato del Psicópata del departamento.

En el año 2011, con el surgimiento del PIPSM-MSP, se acondicionó el servicio de lo que ahora se llama Salud Mental con una capacidad de 11 camas para hombres y otras 11 para mujeres. En el Primer Nivel de Atención, Salto cuenta con servicios de Psiquiatría de Adultos y de Niños, Psicología, Trabajo Social, Enfermería y Administración, donde se desarrollan programas de prevención, promoción de la salud, seguimiento de pacientes crónicos, en tratamiento por IAE y otros programas comunitarios grupales para familiares y usuarios como por ejemplo el trabajo desarrollado por Narcóticos Anónimos. Además se coordinan consultas psiquiátricas para el área rural y área carcelaria con 240 reclusos. Las Unidades Básicas Asistenciales son redes en el Primer Nivel de Atención en el Área de Salud Mental que cuentan con una consulta a la semana de psiquiatra infantil y otra de psiquiatra de adultos y una residente de Psicología en Salud Sexual y Reproductiva y otra por Cesación Tabaquismo, ambas por convenio Facultad de Psicología-ASSE. Una de estas residentes nos comentaba:

[...] queda gente sin atender; es mucha la demanda y muchas veces el servicio se satura más teniendo en cuenta que es el único en el departamento y que además atendemos el medio rural... falta gente. Faltan recursos humanos, profesionales y servicios también, como te dije somos el único servicio abocado a la atención de la salud mental, entonces no hay otras opciones, solo la mutualista... (residente de psicología de Salto).

El director del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional salto (quien nos autorizó a identificarlo), sostiene que en la región de la cual se ocupan existen:

Datos epidemiológicos que dan cuenta que una de cada cuatro personas que efectúa una consulta médica tiene problemas mentales y agrega con preocupación que [...] el 80 % de los cuadros de depresión se registran en personas menores de 30 años. [...] las consultas van en aumento, aunque se mantienen las enfermedades crónicas como la esquizofrenia y han aumentado los casos de ansiedad, depresión, pánico. Además en los últimos años la demanda se incrementa por los usuarios problemáticos de sustancias para desintoxicación, tratamiento y rehabilitación.

La indagación complementaria que se hace respecto de los perfiles epidemiológicos de la consulta habitual nos es brindada a partir de datos cuantitativos y solo referida a la consulta psiquiátrica. En este sentido el director del Servicio nos dice que si bien se mantienen las consultas por enfermedades crónicas, aumentan ostensiblemente los «casos de ansiedad, depresión y pánico» y agrega:

El último dato registrado es de agosto de 2012 y dice que consultaron a psiquiatra infantil 662 personas (205 niñas y 457 de varones). El psiquiatra de adultos tuvo 1093 consultas. En rehabilitación tenemos 32 pacientes en su mayoría esquizofrénicos que reciben pensión por incapacidad del BPS, además del apoyo grupal, de los talleres de gimnasia, arte en tela, laborterapia. Y lo hacemos casi sin personal, porque compartimos con la Policlínica al director que es psiquiatra, a la psicóloga y a la enfermera. Tenemos tres talleristas con 13 horas semanales pagas por ASSE, otra en convenio con el Codicen³⁵ y dos trabajadoras sociales honorarias que hacen horario y todo. También coordinamos con un taller semiprotegido financiado por el Codicen y BPS (director del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Salto).

Los técnicos entrevistados que trabajan en esta regional que no revisten en cargos jerárquicos, sino que son los operadores terminales que realizan las prestaciones asistenciales, licenciados en Enfermería, en Trabajo Social y Psicología, que además cuentan con formación en Salud Mental, se reunieron en una entrevista colectiva con uno de los colaboradores de campo de esta investigación, quien tuvo el propósito de coordinar el encuentro aunque al parecer no fue necesario porque se generó un clima de intercambio facilitado por los entrevistados que con entusiasmo colaboraron, haciendo aportes desde sus respectivas posiciones. Ellos informaron que se desempeñan en un servicio público de la Regional Norte, que tiene atención ambulatoria e internación, con un volumen de atención en el entorno de las 900 consultas mensuales destinado al tratamiento de personas con trastornos psicóticos, de personalidad, patología dual, depresión, retardos y otras enfermedades graves relacionadas. Para realizar las consultas, las personas suelen esperar un promedio de dos meses siendo los registros consignados, únicamente los datos cuantitativos requeridos para elevar los informes al MSP. El psicólogo comenta que queda gente sin atender; es mucha la demanda y muchas veces el servicio se satura más teniendo en cuenta que es el único en el departamento y referencia para todo la regional. Sostiene que no se trabaja en equipo ni en red. Tampoco se trabaja con los familiares a pesar de lo grave que son los pacientes que atienden en ese servicio. Asegura que la falta de trabajo en red y la falta de difusión de las prestaciones, son la causa de que los familiares no se acerquen al servicio:

Falta difusión... no sé porque... uno trata desde su lugar de brindar información... pero bueno faltan canales; capaz también es por la falta de trabajo en red. Son pocos los familiares que realmente se preocupan... es una enfermedad que desgasta mucho y a veces los familiares se terminan alejando y el paciente queda solo. Pero también hay gente que está contenida y apoyada, porque son pueblos donde todos se conocen. Esos son los que realmente se interesan en consultar, de que tome la medicación y de todo el tratamiento en sí (psicólogo Regional Norte).

3.5 La sigla CODICEN corresponde al Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).

La enfermera expresa acuerdo con estos comentarios y dice: «No hay redes... en Salud Mental no... no podemos derivar a otras policlínicas todo se centraliza acá». Hay poca vinculación... como que el servicio está medio estigmatizado por otras áreas... También hace referencia a la falta de difusión de las actividades diciendo «igual la gente sigue desconociendo el trabajo en Salud Mental. Piensan que es solo para atender el loco y en realidad es mucho más amplio».

Interviene la trabajadora social con un análisis disciplinar sobre el funcionamiento del servicio, diciendo:

Además pienso se tendría que hacer más hincapié desde la primera consulta, en la participación de la familia. Muchas veces solo se medica al paciente y lo demás se olvida. A veces hay que pensar que la familia necesita más asistencia que el propio paciente.

Centro de Salud y Salud Mental perteneciente a la Regional litoral

El Centro de Salud Mental de Colonia formalmente nuclea las actividades de la Regional litoral. El departamento se caracteriza por gran cantidad de localidades, pequeños poblados que surgen históricamente a consecuencia del trabajo rural como minifundios lecheros, cárnicos, granja, etc. Ubicada en la costa del Río de la Plata, su proximidad con la ciudad de Buenos Aires hace que sean numerosos los viajeros que visitan alguna de sus localidades, en especial Colonia del Sacramento declarada Patrimonio Histórico de la Humanidad en 1995 por la UNESCO.

El departamento tiene como antecedente una fuerte migración helvética, alemana y suiza durante la posguerra, lo que le confiere algunos hábitos y costumbres respecto a los caminos de movilidad social fundados en el esfuerzo y el ahorro, que en las últimas décadas tiende a desdibujarse al producirse una corriente migratoria interna del país, atraída por la prestación de servicios turísticos.

El servicio de Salud Mental de Colonia funcionaba en consultorios del hospital departamental y los casos que requieren internación lo hacen en sala general, lo que es interpretado por los técnicos como una desventaja:

Nuestro servicio es bastante complicado; no tenemos sala de internación de Salud Mental, internamos a nuestros pacientes en sala común. ... Nunca tuvimos salas de internación exclusivas de Salud Mental; y es más, sostenemos que eso tiene sus dificultades pero tiene sus fortalezas, que es integrar al paciente de Salud Mental con el resto. En cuanto a los familiares que se interrelacionan con otros familiares que están internados por distintas causas, lo vemos como un tema de integración. Tiene sus dificultades cuando los pacientes están medio complicaditos, no tenemos sala de seguridad; hay que mandarlo a Montevideo... Es difícil; nos sentimos muy excluidos todavía... No hay consulta con psiquiatra retén. Hay todo un tema de discriminación hacia el paciente de Salud Mental; lo ves desde la sala de espera (técnico Regional litoral).

Según aseguran los funcionarios técnicos de esta regional entrevistados, las carencias son muchas. No cuentan con personal y se quejan porque no tienen psiquiatra de retén. El espacio físico es inadecuado aseguran, porque tienen solo

unos pocos consultorios que como el edificio del hospital es muy antiguo y deteriorado, tiene problemas estructurales severos. Afirman:

No, no. Yo soy de Patronato y ahora tomaron otra más, entonces va a haber dos asistentes sociales de ASSE y yo. Ese es el consultorio de ella; porque ahora debido a la inundación estamos inhabilitados en Salud Mental, que es la parte más abajo del hospital, tuvimos que ocupar tres consultorios. Un consultorio es ese; nos dieron dos consultorios, ese y otro más que está arriba que no son nuestros. Eso fue a principios de octubre... ya hizo un mes.

Y alguien que también trabaja en el servicio inundado agrega:

Tienen que arreglar o tirar abajo un baño que es el que está filtrándose para abajo que es donde estamos nosotros. El tema es el de las aguas servidas. La dirección por ahí capaz que no colabora tanto en cuanto a agilizar los tiempos, o buscando otras alternativas. Hemos solicitado mudarnos provisoriamente a otro lado pero no hemos tenido mucha respuesta (técnico de la Regional litoral).

En efecto, recorriendo las instalaciones el edificio tiene muestras claras de deterioro a pesar que parece tener mantenimiento. Se trata de una edificación de principios del siglo pasado o tal vez anterior, que no se adecua a los requerimientos arquitectónicos de un hospital pero que a su vez presenta serios problemas estructurales. La edificación del nuevo hospital está prevista en un barrio más accesible que este que se encuentra en el centro de la ciudad, y está previsto el inicio de las obras antes de que termine el período de este gobierno. De hecho ya se ha comenzado con los trabajos de acondicionamiento del predio.

Según Horacio Porciúncula director de Salud Mental de ASSE, el Plan de Salud Mental que comenzó a implementar el Ministerio de Salud Pública (MSP) en 2011 tuvo un «impacto negativo»:

Hoy por hoy tenemos muchos problemas. Uno bien claro, que todo el mundo reconoce, es el impacto que ha tenido el tema de las prestaciones en Salud Mental. Desde el lado de ASSE ha sido un impacto muy negativo por dos grandes razones. Primero, no nos aportó un solo centésimo, sino que nos quitó plata. Segundo, no nos dieron los recursos humanos que necesitábamos para cumplir con esas prestaciones. Por lo tanto, aumentaron considerablemente las demandas en nuestros recursos humanos en el primer nivel, llevando al agotamiento, al enojo, a la rabia, a todos esos sentimientos complejos (*El Observador*, artículo «ASSE sufre el “impacto negativo” del plan de Salud Mental oficial» del 20 agosto de 2013).

El contexto asistencial en la esfera privada mutual

Los datos mostrados a continuación son tomados de los informes provistos por el Sistema Nacional de Información (SINADI) y el Programa Nacional de Salud Mental. Ellos no han sido difundidos más que como borradores de trabajo y relevan solo algunos de los ítems que coinciden con nuestra búsqueda, por cuanto los resultados que se presentan recopilan información proveniente de distintas fuentes:

Estos insumos, en su mayoría cuantitativos, corresponden al subsector privado mutual, (sin incluir ningún otro prestador privado) y están basados fundamentalmente, en la información difundida por el PNSM-MSP en noviembre de 2012³⁶.

Sin embargo se observa disparidad entre las fechas de ajuste de los distintos ítems. Según informan representantes del Programa Nacional de Salud Mental, en general los datos corresponden a registros de las IAMC enviados al SINADI en mayo de 2012; oportunidad en que se realiza la segunda etapa de evaluación del subsector privado el cual profundiza el efectuado en noviembre de 2011 y marzo de 2012. El motivo, al parecer, sería que los formularios habrían sido presentados incompletos y con muchas imprecisiones por parte de las IAMC. Esto surge de las diferentes reuniones que las autoridades del MSP mantienen con los gestores privados de las mutualistas a efectos de ajustar y mejorar los mecanismos de registros por parte de las instituciones. Al parecer los prestadores integrales privados aducen que las exigencias progresivas establecidas desde el Ministerio en los nuevos formularios, dificultan la precisión de los datos y esta sería la razón de que algunas instituciones no hubieran podido alcanzar el nivel de relevamiento requerido. El formulario que se planificaba sistematizar a partir de enero de 2012 y que aún se está estudiando, sería muy complejo a efectos de cuantificar intervenciones, según afirman los gestores de las IAMC.

En suma, antes de proceder a la exposición de los resultados, nos interesa remarcar como precisión a puntualizar, que si bien hemos accedido a los datos enviados por las mutualistas al SINADI, estos son estrictamente informes cuantitativos que revisten muy desparejos niveles de calidad de la información. En consecuencia, los informes elaborados a partir de este insumo el propio Ministerio los difunde en forma restringida y con carácter de borrador, hasta tanto se procesen los datos provistos a partir de los registros de la nueva planilla, sea cual fuera la que se ponga en práctica.

Según el MSP, a lo largo del primer año de puesta en marcha de las nuevas prestaciones en Salud Mental (PIPSM), se habría duplicado el número de usuarios del sector privado mientras que en el sector público la población habría ascendido muy poco respecto al año anterior.

Refiriéndose al proceso de implementación del plan en las IAMC, decía el Lic. Tenenbaum mientras todavía era director del PNSM-MSP:

[...] la realidad es que las tres grandes mutualistas (la Española, Casmu y la Médica Uruguaya) lo han implementado incluso con algún tipo de atención mayor de lo que estaba pensado. Sin embargo, no podemos informar acerca de la calidad de la atención que brindan... En las mutualistas del interior va muy desparejo... (*Revista de la Coordinadora de Psicólogos*, n.º 237, 2012).

36 MSP, Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área Ciclos de Vida, Programa Nacional de Salud Mental, (2012). Segunda etapa de evaluación del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, documento borrador de circulación restringida, proporcionado por las autores que se encuentra disponible en internet por la Coordinadora de Psicólogos (CPU) en el sitio <<http://www.yumpu.com/es/document/view/34481640/ver-pdf-coordinadora-de-psicologos-del-uruguay>> .

A partir de los datos oficiales disponibles, contenidos en el documento borrador Segunda Etapa de Evaluación del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS 2012, el número de consultas en Salud Mental registradas en noviembre de 2012 en el sector público estuvo en el entorno de las 5500, mientras que en las 43 mutualistas que enviaron los formularios en tiempo y forma al SINADI fue de unas 8000 intervenciones.

Sobre la demanda de atención

Las solicitudes de atención recibidas en las instituciones privadas, desagregadas según demanda, corresponderían a 2416 para consultas de niños y adolescentes, 1947 de adultos, 146 de usuarios con antecedentes de IAE reciente y 198 de personas con uso problemático de sustancias (UPS). En el resto están comprendidos también los beneficiarios/pareja y los beneficiarios/familias así como los casos en que no se registraba la totalidad de los datos (s/d) y el ítem «otros».

Sobre el tiempo de espera

Con relación al tiempo de espera para realizar la primera consulta en Salud Mental en las IAMC, los períodos transcurridos (estimados en días) entre la solicitud de la prestación y la efectivización de la entrevista al usuario, fueron los siguientes:

- con el Coordinador del Modo 1, de 0 en 8 instituciones, menos de 7 días en 17 instituciones y en 6 menos de 15 y en 2 menos de 20 días;
- con el Comité de Recepción (CR) el tiempo de espera para la primera consulta fue en 11 instituciones menos de 7 días, en 6 hasta 15 días, en 15 menos de 30 días, y en 3 menos de 45 y en 1 en 60 días;
- para el caso de consultas por IAE fue inmediata en 7 mutualistas, en 18 de a 3 días, en 1 se extendió a 7 días mientras que 13 no informaron este ítem;
- para las consultas por UPS el tiempo de espera fue 0 en 8 instituciones y menos de 7 días en 21 servicios en tanto 13 no informaron este ítem.

Sobre la lista de espera

Respecto al tiempo de permanencia en la lista de espera para concretar el ingreso al Modo respectivo al que se deriva, fue de:

- para el Modo 1 de 0 a 1 día en 12 instituciones y un máximo de 7 días en 15 servicios. No informan este ítem 10 mutualistas;
- para el Modo 2 el tiempo fue de 0 en 3 instituciones, hasta 4 días en 14, menos de 30 días en 14 y de 40 a 60 días en 6 instituciones, mientras que fueron 8 las que no informan este ítem;
- para el Modo 3 la espera fue de 0 en 9 instituciones, menos de 7 días en 9, menos de 30 días en 12. No informan este ítem 14 mutualistas;
- para las consultas por IAE los días de espera registrados son de menos de 2 días en 25 instituciones y menos de 7 días en 5 servicios. No consignan este dato 12 instituciones;

- para las problemáticas de UPS la demora para la atención fue de menos de 2 días en 16 instituciones, de menos de 7 días en 13 servicios y de 20 días en otro. Son 13 las mutualistas que no dan cuenta de esta información³⁷.

Siguiendo con los datos consignados en el documento borrador del MSP, a continuación transcribimos el cuadro 9 Beneficiarios en Atención y el cuadro 11 Finalización. En ambos se consignan los datos de la evaluación realizada en marzo de 2012 y se los compara con los informados en el mes de mayo de 2012. Para exponer estos datos globales sobre la evolución en la implementación del plan, hemos considerado que para esa información tiene mayor potencia explicativa presentarlos en forma comparada en el tiempo. En lo sucesivo, por las razones antes expuestas sobre calidad y heterogeneidad de la información disponible, la información de las primeras evaluaciones no será consignada, dado que no sumaría elementos de análisis y puede ser muy confuso de exponer.

Beneficiarios en Atención comparado según Modos y n.º de instituciones

		Marzo 2012	Mayo 2012
Niños y Adolescentes	Modo 1	394	580
	Modo 2	590	1586
	Modo 3	353	795
	Total	1337	2961
	IAE	15	21
	UPS	5	0
Adultos	Modo 1	361	537
	Modo 2	999	1353
	Modo 3	337	413
	Total	1797	2303
	IAE	174	261
	UPS	244	286
Pareja/familia		27	85
s/d		196	3
Total		3357	5352
IAE		189	282
UPS		249	286

Fuente: MSP, Doc. Borrador Segunda Etapa de Evaluación del PIPSM-SNIS, agosto 2012, cuadro 9: 27.

37 La información de los ítems «demanda de atención», «tiempo de espera», «lista de espera» son de elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP contenida en el Documento Borrador Segunda Etapa de Evaluación del PIPSM-SNIS, agosto de 2012.

En el cuadro de Finalización se trabajan los datos de las 33 mutualistas que enviaron la información correspondiente, donde se incluyen los casos que obtuvieron Alta o bien que hubieran agotado el total del tiempo previsto en el PIPSM-MSP para el usufructo de cada Modo. Las instituciones dan cuenta de que en 19 de ellas, no se habían producido finalizaciones; en 14 al menos se había producido 1 finalización y en una institución se registra la finalización de 26 beneficiarios del Modo 2.

Finalización de las prestaciones, instituciones -Total/ Comparativo

		Marzo 2012		Mayo 2012	
		n.º de beneficiarios	n.º de instituciones	n.º de beneficiarios	n.º de instituciones
Finalizaron prestaciones	Modo 1	50	5	46	8
	Modo 2	46	9	71	9
	Modo 3	16	2	26	8
	Total	112	12	143	14
Abandonaron prestaciones	Modo 1	29	6	59	5
	Modo 2	65	10	86	18
	Modo 3	28	10	26	8
	Total	122	15	171	19
	IAE	9	4	43	8

Fuente: MSP, Doc. Borrador Segunda Etapa de Evaluación del PIPSM-SNIS, agosto 2012, cuadro 11: 31.

Es de hacer notar que al momento en que registra esta información es muy probable que se encuentren incluidos casos que recién habían empezado a recibir la prestación, esto podría explicar la escasa cantidad de instituciones informantes. Como se observa en el cuadro anterior abandonaron el tratamiento 43 personas con antecedentes recientes de IAE, las cuales están contabilizadas en el total de los 171 casos.

Son 38 las instituciones que declaran tener usuarios con antecedentes recientes de IAE (primera vez o reincidencia). El total de casos con IAE es de 194, correspondiendo a 24 instituciones, (un mínimo de 1 en 5 instituciones y un máximo de 76 en otra). En el período de corte, en el total de 21 instituciones que brindan información sobre la atención de casos de IAE, se encuentran en tratamiento 35,5 personas con antecedentes de IAE en los últimos 6 meses y 36 que han reincidido. En el relevamiento no se informa de ningún suicidio consumado.

IAE, primera vez y reincidencia mayo 2012

n.º de usuarios c/ IAE	n.º de casos IAE		n.º de instituciones	
	1.ª vez			
		158		21
	reincidencia	36		11
n.º de casos con IAE en los últimos 6 meses en seguimiento		355		21

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

Sobre la designación de referentes

Según informes oficiales, la totalidad de las instituciones mutuales habrían designado al menos un «referente en Salud Mental». En su mayor parte serían psiquiatras. Solo cuatro instituciones habrían designado para esa función a un psicólogo; en una se había responsabilizado a un licenciado en Enfermería y en otra a un archivólogo médico.

Sobre los Comités de Recepción

Otra exigencia legal ha sido la creación de Comités de Recepción (CR) cuyo antecedente práctico se remite a un dispositivo interdisciplinario que creamos en 1986 en la Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas. El propósito en aquella oportunidad fue contar con un diagnóstico permanente sobre las características sociodemográficas y psicopatológicas de la población en primera consulta, a efectos de aumentar los niveles de efectividad con relación a la indicación y derivación de los pacientes, contar con insumos para la planificación del servicio y formar recursos humanos en interdisciplina. (Fernández Castrillo, 2009: 45). Esta experiencia de trabajo fue acompañada por un proceso de evaluación permanente durante más de 20 años en la consulta ambulatoria psiquiátrica del hospital universitario y el PIPSM replica el dispositivo en la nueva política nacional.

En el sector público este dispositivo se había incorporado desde hace muchos años en varios Centros, lo que podría explicar que sean más frecuentes que en las mutualistas donde se ponen en funcionamiento recién en 2011 por ser una de las metas prestacionales exigidas por el PIPSM. Esto podría explicar que a la fecha de nuestro relevamiento se contabilizaran más CR en los servicios públicos como se expone a continuación:

Comité de Recepción (CR)

Comité de Recepción	Sector Público	Sector Privado	Total
Niños y adolescentes	45	28	73
Adultos	46	38	84
Total	91	66	157

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

El total de entrevistas realizadas por CR en las 44 instituciones mutuales asciende a 2136. De ellas 71,5 % se deriva hacia el Modo 1 y 2 con la siguiente distribución.

Derivaciones realizadas por CR

	Modo 2	Modo 3	Total
Niños y adolescentes	675	226	901
Adultos	515	111	626
Total	1190	337	1527

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

Sobre la designación de referentes e instrumentación de dispositivos grupales para IAE y para UPS

Recordemos que los casos en que se consulta por intento de autoeliminación (IAE) está previsto que la atención se realice antes de las 48 horas del suceso y las instituciones están obligadas a la atención durante 38 sesiones anuales con un seguimiento semestral.

Respecto a la designación de referente e implementación de dispositivos grupales para la atención de los casos que consultan a raíz de un intento de autoeliminación, 40 instituciones han designado al referente, 3 no lo han hecho y 1 no lo consigna. En cuanto a los referentes en el Uso Problemático de Sustancias (UPS) son 38 las que tienen designado referente. En ambos casos los referentes son en su mayoría psiquiatras (29 en 40), en 6 son psicólogos, en 1 es un trabajador social y en las 4 restantes varían entre otros técnicos, (médicos generales, licenciado en Enfermería, etc.). En varios centros la función de referente en IAE y UPS es desempeñada por equipos de técnicos, sin que se especifique si se trata de abordajes interdisciplinarios o si es que entre los distintos profesionales disponibles, se turnan la tarea a modo de las llamadas guardias o retenes.

Respecto de la oferta de dispositivos grupales, de las 43 mutualistas que enviaron los informes en tiempo y forma al SINADI, existen en 17 para la problemática del IAE y en 23 instituciones para la atención de UPS. Diez prestadores de Salud Mental mutuales dicen contar con otros dispositivos para la atención de las situaciones de IAE y UPS tales como psicoterapia individual, seguimiento psiquiátrico ambulatorio, psiquiatra de retén o de guardia, asistencia psicológica en crisis, agente comunitario, servicios tercerizados. etc.

Referente/ Dispositivo		Noviembre 2011		Agosto 2012	
		n.º	Instituciones	n.º	Instituciones
IAE	Referente	38	35	42	40
	Dispositivo grupal	13	13	20	17
	Otros	7	7	10	10
UPS	Referente	37	33	43	38
	Dispositivo grupal	19	17	30	23
	Otros	15	15	12	11

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

Aunque pueda resultar una obviedad, nos interesa señalar que algunas instituciones informan contar con más de un referente o dispositivo grupal para la atención de los IAE y los UPS. Como se observa en este cuadro los datos que se disponen solo permitirían estimar la evolución en la asignación de estos recursos psicosociales a partir de la puesta en marcha del PIPSM-MSP, dado que no existen registros anteriores. Es de hacer notar que las mutualistas de Montevideo e interior del país, básicamente ofrecían consulta psiquiátrica como ha sido comentado en apartados anteriores.

Sobre la designación de coordinadores del Modo 1

Según el informe de las 43 instituciones el número total de coordinadores asciende a 199, 78 destinados para la atención de niños y adolescentes (de estos 34 designados al Modo 1) y 121 para adultos, (38 Modo 1). Estos coordinadores al año de funcionamiento del PIPSM han realizado un total de 487 entrevistas (180 realizadas en niños y adolescentes y 307 en adultos), mientras que 13 instituciones no consignan haber realizado entrevistas y en 3 el dato no es aportado. Los coordinadores son psiquiatras en 14 instituciones, en 9 psiquiatras pediátricos, en 29 psicólogos y en 9 son trabajadores sociales, dos instituciones en este ítem registran como sin dato. Los informes presentan un amplio rango de dedicación horaria que no coincide numéricamente, por lo que suponemos que habría problemas de cálculo o bien no correlaciona en forma coherente con la información disponible de estos recursos humanos. Al ser baja la calidad del registro de este dato, preferimos no reportarlo.

Sobre el funcionamiento de los distintos Modos

Funcionamiento Modo 1

Según Modo de funcionamiento la información presentada por las mutualistas da cuenta de que en 32 instituciones se informa sobre la implementación de al menos un grupo para el Modo 1. En el cuadro siguiente se discrimina según cada población objetivo el número de grupos en funcionamiento, las instituciones donde al menos existe un grupo en funcionamiento y cuántos grupos han sido implementados, aquellas donde son más de uno, la utilización y el número de beneficiarios. Según el informe, se entiende por *utilización* la cantidad de sesiones efectivamente usufructuadas por *beneficiario*. El informe define como *beneficiario* a quienes han hecho uso de alguna de las prestaciones ofertadas por el PIPSM:

Modo 1 Niños y adolescentes

	n.º de grupos	Instituciones con abordajes grupales	Utilización	Beneficiarios
Padres con hijos en edad escolar o adolescentes	22	17	281	104
Padres con hijos con discapacidad	5	5	96	26
Embarazadas, puérperas y parejas primerizas	20	17	335	176
Madres con indicios de depresión	3	3	14	8
Niños con dificultades en inserción escolar	5	4	58	16
Niños con indicación de cirugía	12	11	77	33
Adolescentes (espacio de intercambio)	18	12	382	208
Educadores y cuidadores de 1.ª infancia	1	1	0	8
Total	86	No corresponde	1256	380

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP, mayo de 2012

Modo 1 Adultos

	n.º de grupos	Instituciones con abordajes grupales	Utilización	Beneficiarios	
Abordajes familiares	de usuarios con TMSP*	10	10	81	33
	de usuarios con USP**	25	22	287	139
	de usuarios con IAE***	10	10	71	31
	de personas con muerte inesperada	14	14	214	76
Situaciones de violencia doméstica	16	15	157	123	
Personal docente	de primaria	5	4	49	7
	de secundaria	7	7	22	9
Personal de salud	15	14	305	128	
Total	103	No corresponde	1186	537	

*Por la sigla TMSP se entiende los diagnósticos psiquiátricos de Trastornos Graves y Persistentes como la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

**Recordemos que se denomina con la sigla UPS a quienes presentan Uso Problemático de Sustancias.

***Recordemos que con la sigla IAE se denomina a las situaciones de Intento de Autoeliminación y no aquellas en las que consuma suicidio.

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP, mayo de 2012

En suma, el desempeño del Modo 1 durante el período nos muestra que funcionaron 89 dispositivos grupales en un total 32 instituciones mutuales con un total de 2446 sesiones y 1118 beneficiarios directos.

Funcionamiento Modo 2 Grupal

En 38 instituciones se trabaja en este Modo en forma individual. No informan este dato 5 instituciones y en 13 este se desarrolla en forma grupal. Todas las instituciones informan tener al menos 1 grupo en funcionamiento y en 1 caso dice tener 9 grupos para diferentes poblaciones objetivo. En 35 instituciones no se han implementado dispositivos grupales para adultos, mientras que en 7 se informa de la existencia de al menos 1 grupo. Una ha puesto en funcionamiento 4 grupos y en otra 3.

Modo 2 Grupal Niños y adolescentes

		n.º de grupos	Instituciones con abordajes grupales	Utilización	Beneficiarios
Niños y adolescentes	con cirugía de alta complejidad	2	2	4	2
	con dificultades de aprendizaje	8	5	259	107
	con problemas situacionales o adaptativos	11	6	183	68
Madres deprimidas	con niños menores de 1 año	0	0	0	0

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP, mayo de 2012

Modo 2 Grupal Adultos

		n.º de grupos	Instituciones con abordajes grupales	Utilización	Beneficiarios
Usuarios jóvenes	de 15 a 25 años	6	4	58	36
Usuarios con	Diagnóstico de ansiedad	1	1	3	2
	Diagnóstico de trastorno de conducta	s/d	1	s/d	2
	IAE	4	4	41	15
	Conductas adictivas	s/d	1	60	60
Personal docente		1	1	0	0
Personal de salud		1	1	0	0
Total		13		162	115

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP, mayo de 2012

En total, el Modo 2 registra 35 grupos en funcionamiento, que se desarrollaron en 677 sesiones con un total de 292 beneficiarios. Solamente son 13 las instituciones que habrían recurrido a los abordajes grupales, y nada más que 6 los habrían implementado para la población de adolescentes y jóvenes, siendo que se trata de intervenciones de probada eficacia y que están especialmente indicadas para estos grupos etarios. También son escasos los dispositivos grupales destinados tanto para el personal docente como para el personal de la Salud y se informa que serían poco demandadas estas intervenciones por los beneficiarios potenciales de ellas.

Como se observa, en contrapartida a la baja demanda de personas con trastornos de ansiedad y poblaciones de riesgo de docentes y trabajadores de la salud, se releva una gran demanda asistencial por problemática de consumo de sustancias; sin embargo, solo una institución tiene un grupo destinado a esta problemática.

Asimismo, los datos consignados para el abordaje de los trastornos de ansiedad no revisten la significación que ellos presentan en varios estudios de la consulta psiquiátrica. Por ejemplo, en la investigación «Complejidad Social y Salud Mental» que ya comentáramos, si bien se releva información de 1403 casos a partir de un instrumento que incluye en parte, una clasificación diagnóstica como el DSM-IV que hemos cuestionado en nuestro marco teórico, y que además el período de estudio comprende una de las peores crisis socioeconómica del país, la información nos puede ser útil para observar la distribución que presenta la variable «trastornos clínicos»³⁸ porque daría cuenta de los perfiles de la consulta psiquiátrica ambulatoria.

Trastornos clínicos período 2000-2004

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Trast. de inicio en infancia o adolescencia, (no retardo)	12	0,9	0,9	0,9
Tras. disociativos	17	1,2	1,3	2,3
Tras. sexuales y de identidad sexual	14	1,0	1,1	3,4
Tras. de conducta alimentaria	24	1,7	1,9	5,2
Tras. del sueño	8	0,6	0,6	5,9
Tras. control de impulsos no clasificados en otros	5	0,4	0,4	6,2
Duelo	13	0,9	1,0	7,3
Tras. adaptativos	75	5,3	5,9	13,1
Otros probl. objeto de atención clínica	22	1,6	1,7	14,8
Delirium, demencia y otros trast. cognitivos	76	5,4	5,9	20,8
Tras. mentales debidos a enfermedades médicas	3	0,2	0,2	21,0
Tras. relacionados con sustancias (alcohol y otros)	61	4,4	4,8	25,8
Esquizofrenia y otras psicosis	32	2,3	2,5	28,3
Tras. del estado del ánimo	441	31,4	34,4	62,7

38 La variable «trastornos clínicos» fue revisada por docentes de Psiquiatría con amplia experiencia clínica, a partir de los criterios del DSM-IV. Si bien en apartados anteriores analizamos las clasificaciones diagnósticas desde la perspectiva de la epidemiología crítica, los registros consignados por los psiquiatras se hicieron siguiendo el DSM-IV que por entonces era el recomendado en el servicio docente. El estudio a que se hace referencia fue financiado y editado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica, csic, Universidad de la República, en 2009, el cuadro que se transcribe se encuentra en la página 60.

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Tras. de ansiedad	416	29,7	32,5	95,2
Tras. somatomorfos	62	4,4	4,8	100,0
Total registrados	1281	91,3	100,0	
No registrados	122	8,7		
Total	1403	100,0		

Elaboración propia

Como se observa, la población se concentra mayoritariamente en los trastornos de ansiedad y en los trastornos del estado del ánimo (66,4 %); que desagregando la información nos permite saber que:

- 31,4 % corresponde a «trastornos del estado del ánimo», que según el DSM-IV incluye los episodios afectivos del tipo depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o tipo maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable);
- 29,7 % es registrado como «trastornos de ansiedad» que siguiendo el mismo manual incluye: trastorno de angustia (con o sin agorafobia, o agorafobia sin angustia); fobia específica; fobia social; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno por estrés agudo; trastorno por estrés post-traumático; trastorno de ansiedad generalizada; trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica; trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado;
- «trastornos adaptativos» (5,3 %)

El 24,9 % restante de la población que consultó durante el período se distribuye entre los trece ítem diagnósticos restantes, los cuales conservan los valores tradicionales y 8,7 % de la consulta no registra diagnóstico. Estos últimos suelen corresponder a situaciones cuya complejidad requiere más entrevistas o consultas con otros servicios clínicos o paraclínicos, o se seleccionan para ser presentados en actividades de formación para discusión docente.

Funcionamiento Modo 2 individual

Son 38 las IAMC que informan haber implementado estos abordajes en la modalidad individual, su utilización fue de 7543 sesiones en el mes de mayo de 2012, aunque en estas se contabilizan 370 sesiones destinadas para «otras prestaciones no estipuladas en el plan», alcanzando el número de 2647 beneficiarios, 185 de los cuales son registrados en «otros».

El Modo 2 individual se implementa en 38 instituciones para niños y adolescentes con 3700 sesiones para 1409 beneficiarios: mientras que para adultos, son 37 las IAMC que realizan prestaciones en este Modo con 3843 sesiones para 1238 beneficiarios. De lo que resulta que en total en el mes de mayo de 2012 se atendió en este Modo 2939 beneficiarios a través de 8160 intervenciones.

Modo 2, Niños/adolescentes y adultos - Total de intervenciones mayo 2012

		Niños y adolescentes	Adultos	Otros s/d	Total
n.º Grupos		22	13		35
Utilización	individual	1161	2168	252	3581
	grupos	225	441	0	266
	Total	1394	2214	252	3860
Beneficiarios	individual	1409	1238		2647
	grupos	177	115		292
	Total	1586	1353		2939

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

Funcionamiento del Modo 3

Recordemos que el Modo 3 está destinado a enfermedades mentales crónicas, en consecuencia la población objetivo la constituyen usuarios con diagnóstico psiquiátrico de trastornos mentales severos y persistentes (TMSP), que comprende a personas con psicosis esquizofrénica, trastorno bipolar grave o consumo problemático de sustancias, (cocaína, pasta base).

Funcionamiento Modo 3 Grupal

La información cuantitativa sobre la implementación del PIPSM en el sector mutual, refiere que en 29 instituciones existirían dispositivos individuales en funcionamiento del Modo 3 y en varias se ofrece tratamiento combinado con dispositivos grupales. Del total de las instituciones privadas, en 34 no hay ningún grupo implementado en este Modo. En 9 servicios mutuales se informa de al menos un grupo para niños y adolescentes.

Sobre el Modo 3 grupal para adultos, se informa que 28 instituciones no han implementado ningún dispositivo específico mientras que en 15 existiría al menos un grupo funcionando para esta población objetivo.

Grupos en funcionamiento del Modo 3 - Adultos, mayo 2012

	n.º Grupos	IAMC - intervenciones grupales	Utilización	Beneficiarios
TMSP	8	8	55	25
Usuarios UPS	18	14	480	146
Otros: Multifamiliar UPS, fliares. Referentes UPS	2	1	2	2
Total	28		537	173

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

Grupos en funcionamiento del Modo 3 - Total instituciones privadas

Total Modo 3 Grupal	n.º Grupos	Instituciones	Utilización	Beneficiarios
	57	16	1139	390

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

En cuanto a los dispositivos grupales para familias y parejas, se informa que en el mes de mayo de 2012 se implementaron 5 abordajes de pareja en 5 instituciones y 47 intervenciones familiares en 11 mutualistas, con una utilización de 60 para 17 beneficiarios en el primer caso y de 128 para 68 beneficiarios en el segundo.

Funcionamiento Modo 3 Individual

Según el informe del MSP de referencia, el total de la utilización del Modo 3 individual, es de 2519 intervenciones y la cantidad de beneficiarios es de 820.

En el mes de mayo de 2012, en 21 de estas instituciones se brindan prestaciones individuales para niños y adolescentes y en 22 para adultos, con una utilización de 1854 y 662 sesiones dirigidas a 578 y 240 beneficiarios respectivamente.

El informe del PIPSM no se detiene a detallar cuáles son las modalidades grupales implementadas, habiendo en lo teórico distintas intervenciones posibles de probada eficacia como son los grupos de rehabilitación, grupos de familiares y multifamiliares, las asambleas comunitarias entre otras modalidades específicas para la atención de personas con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP). No obstante, a partir de la información de diferentes cuadros que se presentan en el informe borrador realizado a partir de los datos recogidos por el SINADI, se podría deducir la siguiente distribución dentro de este Modo:

Modo 3, Niños/adolescentes y adultos - Total

		Niños y Adolescentes	Adultos	Otros s/d	Total
n.º Grupos		29	24	2	55
Utilización	individual	1854	659	3	2516
	grupos	602	297	2	1101
	Total	2456	1156	5	3617
Beneficiarios	individual	578	240	2	820
	grupos	217	171	2	390
	Total	795	411	4	1210

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP

Tal vez este dato esté afectado por lo que el Lic. Tenenbaum planteara respecto al Modo 3:

Está pautada en cuanto al tiempo, o sea en estas poblaciones un máximo de 48 sesiones en un año, en el tercer segmento se puede prorrogar hasta 3 años, en

los otros no. Los copagos son diferentes, es el mínimo de 80 pesos. O sea lo que se brinda es psicoterapia no rehabilitación,... el modelo de rehabilitación es más complejo. No se pudo por ahora llegar al ideal que sería brindar rehabilitación en forma universal. Existe rehabilitación a nivel público y a nivel privado actualmente, pero no existe en forma universal. En ASSE partimos de otra base, no es que tengan que armar algo, ya estaba armado, lo que tienen que hacer es brindar más atención (Tenenbaum, *Revista Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, n.º 237, 2012: 14-21).

Como bien sostiene Tenenbaum, para quienes sufren de un trastorno mental severo y persistente, como ya hemos comentado, han existido distintos niveles de atención en el sistema de salud público, donde históricamente se ha complementado el tratamiento farmacológico y la internación psiquiátrica con otras técnicas de abordajes, fundamentalmente asociadas a distintos paradigmas de rehabilitación.

Las instituciones mutuales, históricamente, también han brindado a las personas con este tipo de problemáticas, seguimiento psiquiátrico fundamentalmente farmacológico e internación en clínicas psiquiátricas privadas de tipo empresarial a través de la tercerización de servicios, pero sin desarrollar otros abordajes combinados. A esto se agrega la limitante en el tiempo de internación a que tiene derecho cada afiliado. En efecto, con amparo legal, las mutualistas han restringido la cobertura de internación con restricción a 30 días de hospitalización al año.

Esta limitación al tiempo de internación, ha sido recurrentemente cuestionada por distintas organizaciones aunque no se ha podido modificar a pesar de que a partir de setiembre de 2011 se ampliara el abanico de prestaciones en Salud Mental. Actualmente, continúa siendo igual que antes, luego de transcurridos los 30 días de internación la mutualista se desentiende de ella, por cuanto los gastos de hospitalización o bien son pagos por los usuarios o familiares o este es transferido al Hospital Vilardebó (MSP, 2001, Decreto 455/001 - Marco Regulatorio de la Asistencia Médica). Al respecto el Lic. Tenenbaum refiere:

[...] ahí tenemos otro drama: existe una norma en el Sistema de Salud, que a una persona que tiene una crisis psiquiátrica de tipo agudo, la mutualista le brinda un máximo de 30 días de internación al año. Eso no se ha podido derogar. Eso lleva a que se utilicen tratamientos más agresivos, como el electroshock, para acelerar el proceso o en otros casos hacen que la persona, si la familia tiene algún tipo de disponibilidad económica, tenga que pagarle la internación que es carísima, porque la mutualista los saca el día 30 o la mayoría de los casos pasan al Vilardebó, haciéndose cargo el Estado de una situación de personas que no son afiliadas a ASSE (Tenenbaum, *Revista Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, n.º 237, 2012: 14-21).

Por su parte el director del Programa de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE también comentó al respecto de las restricciones de la internación psiquiátrica:

[...] se enfrentan complejos problemas que no tienen que ver con una discusión teórica sobre el «modelo a aplicar». No discutimos el modelo, lo tenemos claro teóricamente, sabemos cuál es el deseo de trabajar con la comunidad y evitar que los hospitales existan... (Porciúncula, agosto de 2013).³⁹

Para más adelante asegurar que las dificultades que tienen los técnicos para aplicar el modelo comunitario en la práctica cotidiana es difícil de consensuar porque hay distintas opiniones sobre las alternativas posibles máxime cuando advierte un notorio cambio en el perfil epidemiológico de los usuarios de los últimos años.

[...] Hoy está el hospital (Vilardebó) con un grave problema de vasos comunicantes donde no tenemos salida. La alternativa de a dónde se va el paciente es compleja y dificultosa. Si tuviéramos otras alternativas sociales, casas de medio camino, hogares protegidos, sería otra la situación. Antes predominaban los psicóticos y había herramientas para su tratamiento. Hoy los especialistas se enfrentan a «nuevas patologías: la violencia, el consumo de sustancias, los trastornos graves de personalidad. En muchos vienen acompañadas de «otro tipo de alteraciones» para las que no se logra «muy buena respuesta» (Porciúncula, SPU, 2013).

Recursos humanos

Cuarenta instituciones informan sobre los recursos humanos destinados directamente a la atención, contabilizándose en el mes de mayo de 2012, 16 143 horas contratadas distribuidas entre 299 técnicos. Se observa una evolución en la disponibilidad de técnicos de casi 5000 horas y de 41 personas más que en marzo de 2012, (11 423 desempeñadas por 258 técnicos). Estos datos consideramos conveniente presentarlos en forma desagregada en un cuadro comparativo como hiciéramos en algún otro cuadro incluido en el principio de este apartado:

Cuadro comparativo RRHH y horas contratadas

	Marzo 2012			Mayo 2012		
	n.º de técnicos	H/ mes contratadas	Promedio H/persona	n.º de técnicos	H/ mes contratadas	Promedio H/persona
Psiquiatras	67	2633	39	88	3840	43
Psicólogos	113	6124	54	152	8705	57
Lic. T. Social	17	604	35	19	868	46
Lic./Aux, Enfer.	29	449	15	10	604	60
Otros	32	1610	50	30	2122	70
Total	258	11.423	44	299	16.143	53

Elaboración propia a partir de información de SINADI-PNSM-MSP-mayo de 2012

39 Conferencia organizada por la sociedad de Psiquiatras del Uruguay SPU y el Sindicato Médico del Uruguay SMU en Montevideo en agosto de 2013, según se comenta en nota de *El Observador* disponible en <<http://www.elobservador.com.uy/asse-sufre-el-impacto-negativo-del-plan-salud-mental-oficial-n257858>> fecha de consulta 30/8/2013.

Interesa observar, que más allá de los ajustes de información que se exigieron a partir de la evaluación de mayo de 2012, en este cuadro comparado si los datos son medianamente rigurosos, se puede decir que si bien se produce un descenso a un tercio de las unidades de Enfermería —lo que podría estar hablando de un posible proceso de reforzamiento de la perspectiva psicosocial en este grupo de prestaciones—, aumenta aproximadamente en un 40 % las horas contratadas promedio de estos recursos humanos en la evaluación de mayo de 2012. Del mismo modo pareciera que aumenta sensiblemente el rendimiento promedio en horas personas de los trabajadores sociales y otros técnicos mientras el de psiquiatras y psicólogos experimentan un incremento consistente entre aumento de la cantidad de profesionales con relación a las horas/personas promedio contratadas. Esto podría estar explicando tal vez que si bien, como ya señaláramos, aumentan en 5000 horas de técnicos destinados al PIPSM, las horas contratadas no lo hacen en igual proporción.

Pero estas consideraciones serían solo posibles interpretaciones de la lectura de los datos, que como ya hemos comentado son de difícil estimación. Además es necesario señalar que en muchos casos se trataría de un dato ciego en la medida que la complejidad del sistema contempla también la tercerización de servicios o como bien se aclara en el propio documento borrador del MSP, sobre la base del cual estamos haciendo estos comentarios, es personal técnico contratado «en régimen de libre contratación con aranceles convenidos en forma individual». Se trataría también de recursos humanos contratados por hora o sesión, como empresas unipersonales. Según nuestro informe de base, en estas condiciones estarían 380 técnicos, 270 de los cuales son mayoritariamente psicólogos (226) y psiquiatras (44), con una asignación de total de 6577 horas. Esto está estipulado desde el propio MSP cuando dispone que:

De las modalidades: Se propiciará la diversidad teórica y técnica, en los tres niveles, sin perjuicio de ajustes periódicos en futuras disposiciones, que se realizarán a partir de la evidencia de evaluación de resultados. Modalidades de contratación: cada institución podrá brindar las prestaciones de los tres niveles con recursos propios, o complementándose con otros prestadores, o contratando técnicos en forma individual o equipos públicos o privados que cumplan con los requisitos anteriormente expuestos (MSP, 2011: 11).

A este cuadro de recursos humanos habría que sumar el personal destinado a la gestión y administración de los servicios. A mayo de 2012 las instituciones que informan este ítem son 33, 10 de las cuales consignan 0; o sea la tarea gerencial se realiza con los cargos preexistentes sin hacer nuevas contrataciones y en 23 se contratan 100 técnicos mayoritariamente profesionales de Salud Mental y 22 de «otros técnicos» sin especificar si son recursos especializados en la administración de servicios de salud o en gestión comunitaria.

De la observación realizada para el caso de las mutualistas, se constata que en todas se han destinado locales, con instalaciones adaptadas para realizar entrevistas en Salud Mental individuales y grupales, en locales anexos a los servicios

médicos, los cuales son identificados con distintos nombres que son presentados como productos empresariales.

Sobre la perspectiva de los actores implicados

En esta sección, nos interesa precisar que por el concepto de actores entendemos aquellos individuos, grupos e instituciones con potencial e interés para influir en la planificación de acciones y definición de objetivos de un proyecto de organización o dirección de una política. La condición de actor es atribuida a una persona, grupo, organización, institución con tal acumulación de fuerzas, con posibilidad de representar sectores de intereses y necesidades de modo de producir hechos sociales e influir en la situación en cuestión. Esta condición está dada por una realidad explicada desde la perspectiva de quien está dentro de la situación analizada. La situación es desde donde el actor revisa el escenario y es desde ese lugar, que interpreta la realidad y estima su capacidad de acción transformadora (Matus, 1987; Rovere, 1993).

Para el caso de los actores implicados en el PIPSM-MSP, pretender desagregar a los indagados en diferentes grupos, de forma que correlacione con una dimensión de estudio predefinida, ha sido una aspiración de orden teórico inviable.

En la práctica, tal división social del trabajo no se verifica. En nuestro país, existe una fuerte tendencia al multiempleo, producto de las condiciones precarias y de bajos ingresos que caracterizan los contratos laborales del sector Salud, asociado a las altas tasas impositivas en especial tributadas por las capas medias de la sociedad

Eso explicaría, tal vez, que quienes se desempeñan como gestores políticos del Estado o de las empresas son además académicos o técnicos prestatarios de servicios. En los hechos, este fenómeno asume variadísimas formas legales. Pueden ser contratados, tercerizados, arrendamiento de servicios, consultorías, contratos de obra, subcontratos de empresa pública de derecho privado o a la inversa, empresas unipersonales, cooperativas, y un sinfín de modalidades más.

Interrogado sobre la implementación del plan, el Lic. Hebert Tenenbaum, en su calidad de director del Programa de Salud Mental del MSP, cargo que desempeñó hasta 2012, comentaba:

[...] me parece que cada uno lo mira desde lugares distintos, yo que soy psicólogo y he sido militante de la Psicología toda mi vida y he ocupado diversos cargos gremiales, entiendo. Pero yo ahora estoy en otro lugar que miro una visión más general, y no solamente que los psicólogos puedan trabajar en buenas condiciones (que me parece fundamental), sino tener en cuenta la población. Las políticas públicas son así, tienen que salir y hay que mirar los grandes temas, y no otros... (*Revista cpu*, 2012: 14-21).

Así Tenenbaum daba cuenta de los distintos desempeños en la estructura ocupacional y cómo esto determina la «mirada», si se posiciona como «militante de la Psicología» o como director de una política pública del gobierno.

Los técnicos, a su vez, asumen en cierta forma una presunción de «objetividad», donde no queda expresada desde distintas dimensiones, la vivencia de sí mismo como parte del sistema.

¿Ni qué hablar cuando un especialista, es además usuario. Un psiquiatra nos comentaba que desde hacía unos años sufría depresión y que, a veces, debía ser internado. Él entendía que esto le podía perjudicar en su trabajo porque al vivir en una ciudad del interior del país podía:

[...] correrse la bola y no solo quedarse sin consulta sino desprestigiado y sin cargo en el hospital... En realidad no sabría cómo responder a la entrevista, porque tengo un cargo en ASSE en el cual estoy permanentemente tomando decisiones políticas, me desempeño en el ámbito privado como técnico especializado en psicoterapia, y además, soy paciente y usuario de los servicios integrales de salud (psiquiatra director de Salud Mental en un hospital departamental público del interior del país).

También los usuarios pueden además desempeñar roles políticos al participar en los consejos consultivos o en las comisiones, como la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata o la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa Nacional de Salud Mental del MSP. Esta última, a su vez, constituye otro ejemplo respecto a la pluralidad de roles con los que se puede identificar a un actor, ya que está precedida por un representante del grupo de familiares de personas con trastornos graves y persistentes, por ejemplo.

Del mismo modo, los técnicos suelen ser usuarios y muchas veces familiares de personas con problemáticas emocionales importantes o pacientes psiquiátricos, aunque estos testimonios no aparecen públicamente; posiblemente porque el estigma del sufrimiento mental también opera en las capas profesionales. En efecto, hay varios indicios del predominio de una pauta cultural de bienestar o de felicidad en los estratos sociales medios que involucra una mirada vertical en este tema, donde quien pide ayuda está en otra categoría de ciudadanía que quien la brinda.

Por su parte, el Dr. Montalbán, quien sucediera al Lic. Tenenbaum en el cargo de director del Programa Nacional de Salud Mental del MSP, comentaba que hay que asumir nuevos desafíos que implican la construcción de un nuevo paradigma en Salud Mental, dejando atrás viejas fragmentaciones de los saberes disciplinares y por qué no de los roles sociales desempeñados:

Yo viví ese período en el cual nuestros servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de Salud Mental. Creo que fue extremadamente positivo, porque nos permitió abrir todo un ámbito, una cabeza de nuestra disciplina; pero la Salud Mental es un concepto mucho más amplio que hace a la Salud integral. La psiquiatría es una especialidad médica, con un campo determinado. La Salud Mental no es patrimonio de los psiquiatras, pero tenemos, sí, una labor irrenunciable que solo nosotros podemos realizar porque estamos preparados para hacerla. Hay cambios identificados: el aporte de las ciencias básicas; la mayor comprensión de la interacción biológica, psicológica, social; el avance de la tecnología, el avance de la psicofarmacología; el avance en

las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, la protección de los derechos humanos y una estrategia de inclusión y construcción de ciudadanía (Montalbán, 2013).

Coincidimos con Montalbán que existe mucho camino por andar y muchas «brechas» por zanjar.

Brecha en la información y la evaluación. Estamos muy lejos de eso en nuestro país. Y ese es uno de los factores que enlentecen el camino y el desarrollo. [...] Brecha en la gestión. Es esa disociación que existe entre la gestión interna de nuestros servicios y la gestión de los servicios de salud en general. Brecha en la gestión que existe entre el subsector privado, mutual y el subsector público. Brecha financiera. Realicé un estudio en una institución de asistencia médica colectiva (IAMC) y no llegaba, estaba alrededor del 1 % el presupuesto destinado a Salud Mental. Brecha en la atención. Se trata de la cantidad de personas con sufrimiento psíquico o trastornos mentales que no llegan a atenderse... el gasto fundamentalmente debe ser reorientado, para estar acorde al modelo que uno pretende impulsar. Carencias identificadas. Falta de estudios epidemiológicos, falta de estudios de costos, falta de servicios de salud mental en atención primaria, desconexión entre los niveles y escasos equipos de tratamiento para niños y adolescentes [...] Para que los que pertenecen a ASSE tengan acceso a la igualdad de prestaciones que tiene el sector privado y viceversa, estamos todavía lejos (Montalbán, *Revista spu*, 2013: 46).

La perspectiva de los técnicos respecto al PIPSM-MSP

Visión crítica de la CPU

La gremial de los psicólogos públicamente ha planteado una mirada crítica de la reforma en el área de Salud Mental (*Revista cpu*, 2012: 22-23), cuestionamiento básicamente orientado hacia el fundamento del plan. Entienden que este, parte de un concepto medicalizado del sufrimiento psicológico. Según el integrante de la mesa ejecutiva de la CPU, Lic. Álvaro Hernández:

[...] la participación de los psicólogos como tales (en la elaboración del plan) fue muy elegida y muy acotada a personas de la confianza de los operadores interesados en dirigir el plan dentro del Ministerio [...] es un plan de atención psicológica con unos criterios completamente medicalizados (*Portal* 180, 2011).

Sostienen que la mirada y los procedimientos de la Psicología, son diferentes a los de la Medicina y que desde esta última es que deriva la operativa del plan, y agregan, que la psicoterapia que se propone va en desmedro de otras intervenciones psicológicas y que no se orienta la prevención e impide que el paciente elija «libremente». Enfáticamente, la CPU se opone a la implementación de los Comités de Recepción dado que se debe garantizar el derecho a la población de realizar una consulta psicológica en forma espontánea:

[...] cualquier persona beneficiaria del sistema de salud debe poder recurrir a un psicólogo. La persona que sufre, que está angustiada o confundida, no se ve escuchada ni entendida por el sistema. El sujeto se ve clasificado, ordenado; se le indica desde un comité qué tipo de terapia necesita (*Portal* 180, 2011).

Un año después, desde la CPU, el Lic. Hernández mantenía los mismos cuestionamientos respecto del plan, cuando decía en 2012 que este «toma una ideología extremadamente medicológica. No es raro, porque el MSP es un feudo médico» y afirmaba que «no se puede clasificar a las personas» como hace el proyecto, que prevé atender solo a ciertos grupos en un comienzo (*La República*, 2012).

De parte de la CPU, existen otros cuestionamientos al plan. Estos se podrían sintetizar en:

- clasificación por riesgo o tipos de patología, al definir los Modos por categorías de población;
- cuantificación en la medida que observa la cantidad de prestaciones a partir de la prescripción que ordena taxativamente procedimientos para cada grupo y no para consultantes que son personas;
- ordenación por disciplinamiento, a través de la determinación de las funciones de la atención psicológica adjudicadas, en el sentido de ocuparse de personas con trastornos y de tener que reordenar el comportamiento social;
- desconocimiento de las capacidades de los usuarios y de sus derechos al establecer procedimientos y mecanismos que tienden a expropiar el poder de las personas para producir su restablecimiento, curación o mejoría.

Reclaman, además, la creación de Departamentos de Psicología en las instituciones. Entienden que así tendrían autonomía técnica y propiciarían la universalidad del acceso; facilitando no solo la derivación sino también la consulta espontánea de los usuarios.

Frente a los cuestionamientos sobre la formación del egresado de Psicología para el desempeño de la psicoterapia y abordajes psicosociales, reiteran el argumento de que todos los psicólogos comprendidos en la Ley 17.154 (relativa al ejercicio de la profesión) están habilitados sin excepciones, para trabajar en el SNIS.

Visión crítica de la SPU

Ya en 2010 cuando se difundió el plan de nuevas prestaciones en Salud Mental en forma preliminar a que se promulgara el Decreto 305/011, la Sociedad de Psiquiatría (SPU) había dado su «apoyo crítico». A tales efectos, paralelamente conforma un grupo de trabajo específico con representantes de las IAMC. La SPU planteaba reparos respecto de la viabilidad del plan, ya que advertían problemas en los mecanismos de derivación y preveían resistencia para la creación de dispositivos grupales. Además, exigían mayor precisión sobre la definición de IAE y del alcoholismo como patología adictiva, así como la delimitación del concepto de trastorno mental severo y persistente, entre otras definiciones.

En el transcurso del primer año, desde la SPU se efectuaron reclamos acerca de la remuneración de los técnicos y se reprochaba a las autoridades del MSP, que a la hora del diseño del plan, no hubieran sido convocados los prestadores privados. También se abrían cuestionamientos respecto a la transparencia de la gestión en cuanto a la transferencia financiera realizada desde el Fonasa hacia las

IAMC y sobre las medidas de control previstas para verificar que estas, efectivamente, se destinaran para los programas específicos.

Un tercer grupo de objeciones que se realizaba desde la SPU refiere a la evaluación científica de la efectividad y la eficiencia del plan con relación a la calidad de la información que remiten los prestadores al SINADI-MSP. También proponen abrir el debate a todo el colectivo, para redefinir cuál sería el involucramiento de los psiquiatras con estas prestaciones⁴⁰.

Al respecto, Montalbán, se preguntaba ¿cuál es el lugar que puede coordinar o dirigir otro profesional que no sea un psiquiatra?, para luego afirmar que resolver esa interrogante le permitiría al colectivo «trabajar mucho mejor en los ámbitos interdisciplinarios, intersectoriales y aportar a la Salud Mental, que no es patrimonio de nosotros», decía (Montalbán, 2013: 47).

Montalbán identifica una serie de dificultades que, en su opinión, impiden avanzar en el proceso de reformas, fundamentalmente referidas a los cambios en el perfil epidemiológico de la población, con el pasaje de la prevalencia de las psicosis hacia nuevas manifestaciones del sufrimiento psíquico.

Hoy en día se han desarrollado muchos procedimientos e intervenciones para las personas con trastornos psicóticos. Pero el desafío está en las nuevas problemáticas que nos demandan atención. Nos preguntamos ¿qué pasa con los trastornos de personalidad?, ¿qué pasa con los trastornos por consumo?, ¿qué pasa con el tema del suicidio?, ¿qué pasa con el tema del homicidio?, ¿qué pasa con el tema de los accidentes de tránsito?, ¿qué pasa con el tema de la niñez y la adolescencia?

Afirma que la vanguardia desde hace años, para afrontar estos desafíos, la ha tenido el sector público que ha innovado en procedimientos de rehabilitación, la implementación de la psicoterapia, los equipos interdisciplinarios, etc. Agrega que en ASSE con la reforma del modelo de 2011, se refuerza la regionalización, se consolida la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables y se inicia un proceso de complementación público-privado.

Montalbán agrega que el cambio de modelo habría tenido un impacto frontal en la organización de la empresa de Salud, dado que recién se estarían creando las Unidades de Salud Mental con un referente responsable designado formalmente y formando los equipos interdisciplinarios, además del impacto en los usuarios, que ven facilitado el acceso a estos recursos asistenciales.

Siguiendo con los planteamientos vertidos en la Mesa de debate Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, organizada por SPU el 29 de junio de 2012, los psiquiatras identifican fragilidades a superar, tales como la dificultad para armar equipos de trabajo, la

40 Este conjunto de cuestionamientos y reclamos fueron sistematizados y presentado en la Mesa de debate Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, organizada por SPU el 29 de junio de 2012 con la participación de la Prof. Dra. Laura Viola, profesora de Psiquiatría Pediátrica; el Lic. Heber Tenenbaum, director del Programa Nacional de Salud Mental; el Dr. Horacio Porciúncula y el Dr. Ariel Montalbán, director y subdirector de Salud Mental de ASSE.

inexistencia de programas de rehabilitación y la limitante de 30 días de internación psiquiátrica, los problemas de accesibilidad, las tasas moderadoras, etc.

Estos profesionales, en general, coinciden en que hay dificultades que requieren ser revisadas en forma crítica. El debate circula en torno a si se encuentran formados para realizar estas prestaciones, si han sido previstos mecanismos para el apoyo (supervisión, guías clínicas o terapéuticas, etc.) para minimizar los riesgos como el estrés (*burnout*), e insisten en convocar a la disciplina a redefinir cuál sería el lugar atribuido a la Psiquiatría, en el contexto de la reforma de la Salud.

La SPU dice necesitar esclarecer el marco legal y la figura de entidades históricas, como la Inspección General del Psicópata (vacante por más de veinte años), el papel del Patronato del Psicópata, del Hospital Psiquiátrico Vilardebó y las Colonias. También entienden que deben revisarse los planes de estudio universitarios y la necesidad de ampliar la oferta de posgrados que formen recursos humanos en abordajes psicosociales y comunitarios, psicoterapia y dominio de técnicas grupales para atender las demandas del MSP y de la población.

No solo la Salud Mental sería un concepto polisémico. Serían varios los conceptos que en esta área, se manejan en forma estereotipada, naturalizando una identidad conceptual compartida, en la que parece más fácil decir lo que se rechaza como modelo de atención a la Salud, que formular planteamientos propositivos más despojados de los intereses sectoriales y más impregnados de los beneficios colectivos.

La perspectiva de los académicos

Existe cierto consenso sobre que hace falta discutir y definir qué es un abordaje psicoterapéutico o psicosocial. Existen muchos desarrollos en el tema sin que aún se haya alcanzado acuerdo entre las diferentes perspectivas, pero a su vez no quedarían bien definidas en el texto del PIPSM-SNIS.

En el escenario de las transformaciones políticas en temas de Salud Mental en que se encuentra embarcado el Uruguay, por intervención psicoterapéutica y psicosocial, se podría entender al conjunto de dispositivos que pueden ofrecer múltiples servicios provistos por una variedad de técnicos capaces de desenvolverse en interdisciplina y de coordinar la tarea en redes. Bastaría entonces, con remitirnos a los términos en que se refiere el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental de 2011. Este consigna:

En este plan se trata la implementación de algunas intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos, en el entendido que estos se basan en la relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos (MSP, 2011: 6).

A la discusión sobre a qué se le llama intervención psicoterapéutica, se suma otro eje temático, que aparece en forma recurrente entre los entrevistados así como en las declaraciones públicas y debates profesionales, que refiere a la formación de la persona del terapeuta requerida.

Los técnicos en general sostienen que no existen oportunidades formales de formación como psicoterapeutas institucionales y que ni el currículo de la especialización en Psiquiatría ni la formación de grado de la Facultad de Psicología alcanzarían para formar recursos humanos en psicoterapia acorde a las demandas sociales actuales. Muchos agregan que tampoco se forma en prevención y promoción en Salud Mental ni en técnicas grupales y comunitarias, a no ser breves revisiones sobre dispositivos destinados a la contención de los enfermos mentales crónicos. Aseguran que quedaría en la responsabilidad de cada técnico la formación y que para ello se debe recurrir a instituciones privadas que ofrecen formación a alto costo. Sostienen que la única formación en el ámbito público que resulta accesible, es desde hace muchos años, la brindada por el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas y más recientemente la oferta del servicio de Psiquiatría Infantil. Ambos esfuerzos habrían resultado iniciáticos para la creación del Diploma en Psicoterapia de los Servicios de Salud que, con serias dificultades presupuestales, se ha venido implementando desde 2005 en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.

Este Diploma está orientado a médicos que cursan el 2.º año del posgrado de Psiquiatría Pediátrica o de Psiquiatría General y que hayan aprobado el residenciado. También son admitidos psicólogos con título universitario y con hasta cinco años de recibidos y docentes de ingreso al escalafón del Departamento de Psicología Médica y de la Clínica Psiquiátrica.

La Diplomatura tiene una duración mínima de 3 años para el desarrollo de un programa académico conformado por un ciclo básico curricular para los estudiantes de posgrado de Psiquiatría Pediátrica y Psiquiatría General y dos años de Ciclo Específico obligatorio que incluye cursos teóricos, práctica clínica supervisada y participación en actividades específicas en los servicios de acuerdo a la corriente psicoterapéutica seleccionada. La formación incluye a las orientaciones teóricas: Cognitivo Conductual; Familiar Sistémica; Psicoanalítica; Psicodramática; Psicoterapia Integrativa; Psicología Médica y un módulo de Salud Mental Comunitaria.

Para acceder a los cursos, es necesario aprobar una prueba clínica y escrita de admisión. Los cupos previstos son de 15 alumnos por grupo que admiten un ingreso por año de un tercio de psicólogos y dos tercios de médicos posgrados de psiquiatría y hasta cinco docentes en formación.

Desde su fundación, este posgrado atraviesa muchas dificultades presupuestales. Hasta el momento no se han generado cargos docentes rentados, además de ser objeto de controversias múltiples que cuestionan la necesidad o no de formarse como psicoterapeutas. Uno de los cuestionamientos más enfáticos proviene, como ya ha sido comentado, de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), argumentando que la carrera de grado de la licenciatura en Psicología habilitaría para ello.

Según Lagos⁴¹ (2013), no cabe duda de la necesidad de regularizar la formación y ejercicio como psicoterapeuta. Entiende que la profesión de psicoterapeuta requiere de formación específica de posgrado y que, en caso contrario, debiera entonces ser una formación en sí misma, para lo cual se haría necesario crear una nueva carrera. Asegura que de hecho en nuestro país existen más de 30 asociaciones científicas y gremiales que imparten cursos de distintos modelos y escuelas teóricas, donde se destaca la trayectoria sostenida en el tiempo de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) y la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), que desde 1956 y 1982 respectivamente, han dictado cursos de especialización. Existen, también, multiplicidad de instituciones dedicadas al ejercicio o la formación en psicoterapia, algunas de corte alternativo y otras de formación clásica. Según Ávila Espada:

Prácticamente todos los que han reflexionado sobre esta cuestión coinciden en plantear que es necesario para la psicoterapia disponer de un corpus teórico que esté basado en el conocimiento científico, entendida esta base científica en su acepción epistemológica más amplia, sobre la conducta y la psicopatología y que podemos precisar en un conjunto de teorías sobre la construcción de la personalidad y la psicopatogenia. Es clave para la Psicoterapia, le pongamos el apellido de escuela que le pongamos, que cuente con un corpus técnico suficientemente sistematizado (Ávila Espada, 2002: 68).

Las instituciones en nuestro país que identificamos como con trayectoria en la formación de recursos humanos, que se encuentran registradas como asociaciones civiles con personería jurídica en el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y están legitimadas por egresados universitarios son las que se consideran en nuestro relevamiento. Se trata de un conjunto de organizaciones que comparten el principio de que la profesión de psicoterapeuta requiere de formación especializada. Además de APU y AUDEPP ya citadas, otros ejemplos de estas son: la Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia (APPIA); Asociación de Terapia Familiar Sistémica del Uruguay (ATEFAS); Asociación Uruguaya de Logoterapia; Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (AUPCV); Asociación Uruguaya de Psicología Clínica (AUPSICLI); Capítulo Latinoamericano de la Sociedad Internacional de Investigación en Psicoterapia (SPR); Castalia; Centro Agora; Centro de Estudios Adlerianos; Centro de Estudios Gueálticos «Encuentro», Centro Médico Psicoanalítico (CEMEPSI); Clínica M. y H. Garbarino; Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (FUCOT); Instituto Uno de Estudios de la Salud Mental; Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta

41 María Esther Lagos es psicoterapeuta cognitivo conductual de larga trayectoria en Uruguay. Se desempeña como coordinadora general de la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta SUAMOC y del Equipo de Psicoterapia Cognitivo Conductual del Programa de Psicoterapias del Hospital de Clínicas. Integra el Comité Organizador de la Diplomatura de Psicoterapia en Servicios de Salud. Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Udelar. Los comentarios son parte de la ponencia realizada en las Jornadas del Programa de Psicoterapia, Hospital de Clínicas de 2013, cuya referencia se encuentra citada en la bibliografía.

(SUAMOC); Sociedad Uruguaya de Psicología Analítica (SUPA); Sociedad Uruguaya de Psiconeuroinmunoendocrinología (SUPNIE); Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (SUPIA), la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)⁴².

Además desde hace siete años, APU ha logrado consolidar la Maestría en Psicoanálisis y AUDEPP desde hace dos años otorga el título de Posgrado en Psicoterapia Psicoanalítica habilitado oficialmente.

En las organizaciones terciarias, se expiden títulos de habilitación para desempeñarse como psicoterapeuta: la Facultad de Psicología de la Universidad Católica (UCUDAL) ofrece posgrados de Psicoanálisis, Psicoterapia Familiar Sistémica, Adicciones, Psicoterapia Integrativa y Psicoterapia Cognitiva. Paralelamente la Facultad de Psicología de la Udelar cuenta con cursos de posgrado y está lanzando Maestrías y un Doctorado. En la Escuela de Graduados de Facultad de Medicina desde 2005 se imparte el Diploma de Psicoterapia en Servicios de Salud ya comentado.

No obstante, según sostiene Lagos (2013): «Los psicólogos y los psiquiatras están habilitados legalmente, pero no están formados para ejercer la psicoterapia».

La problemática de la acreditación para el ejercicio de la psicoterapia es un tema de interés del colectivo disciplinar, que discute los recorridos académicos. Estos cuestionamientos van desde el tipo de titulación requerida hasta qué es lo que se considera un psicoterapeuta con sólida formación (Ávila Espada, 2002).

Otro aspecto de la discusión es si se trataría de un desempeño específico de los médicos, en especial de los psiquiatras y de los psicólogos clínicos licenciados con formación acreditada en psicoterapia. Una postura más abierta, según Ávila, sostiene que lo importante es la formación específica en psicoterapia para lo que la titulación enseña un marco general afín al ámbito de la Salud o a las Ciencias Sociales por ejemplo. No necesariamente se requeriría nivel de licenciatura previo, por cuanto se reconocería una función psicoterapéutica a desarrollar por otros agentes profesionales como trabajadores sociales y enfermeros especializados en Salud Mental⁴³ (Ávila Espada, 2002: 76).

Para Bernardi la formación del psicoterapeuta está determinada por lo que llama la «actitud psicoterapéutica» o «vocación de ayuda». Esta condición sostiene

42 Este conjunto de instituciones conforman la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI) que conjuntamente firmaran el documento Normas mínimas para la formación de psicoterapeutas acreditados por la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI), disponible en <<http://fupsi.org/fu/documento-aprobado-en-su-formato-definitivo-en-la-asamblea-general-extraordinaria-del-4-de-diciembre/>>, fecha de consulta 7 /7/2014.

43 Desconocemos cómo se organiza la formación universitaria en España, en especial en la Universidad de Salamanca de donde es docente Ávila Espada. En Uruguay tanto médicos, como psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros reciben formación académica de nivel de licenciatura. Tal vez el concepto que este autor expone aplicaría para los agentes comunitarios en Salud.

que es algo que no se enseña, sino que se modela con la experiencia de proximidad al sufrimiento humano a la cual se expone diariamente todo profesional de la Salud Mental. Recomienda aumentar la cantidad de investigaciones de procesos y resultados de los tratamientos, de modo de poder reflexionar sobre la propia experiencia (supervisión) para capacitar, mantener la capacidad de crítica y auto-crítica y prevenir el desgaste (*burnout*) de quienes prestan los servicios⁴⁴.

En cuanto a la supervisión que se requiere, los especialistas afirman que se trata de una supervisión muy particular porque se encuentra atravesada por una política y por las coordenadas delineadas por la institución en que se inscribe, en especial para el caso de las psicoterapias en los servicios de salud. Afirman los expertos consultados, que el objetivo de la supervisión en estos contextos sería entonces ampliar la escucha e incorporar un conjunto de variables como el encuadre, que no pueden ser controladas en el espacio institucional, como sí lo son en la actividad de consultorio. Y sostienen que ese sería una de las competencias claves a desarrollar en la formación, aprender a intervenir en condiciones de incertidumbre pero aprovechando el respaldo que da el marco institucional.

Otro rasgo distintivo es que el terapeuta no solicita una supervisión, sino que aceptaría la exigencia institucional de supervisar su trabajo clínico, (si es que existiera esa exigencia) y parte de ahí su vínculo con el supervisor. Esto coloca al menos tres funciones de la supervisión: la de control institucional, la asistencial y la de investigación de las cuales deviene una cuarta función que es la de formación.

La terapia en los servicios de Salud tiene su propia autonomía en materia de problemas planteados y soluciones viables. De cualquier modo, hay que reconocer que, en esa misma trayectoria, se amasa cierto «estándar» que consolida la pertenencia al modo hospitalario de funcionar (Pascale, supervisor del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas).

Agrega que el encuadre institucional oficia como legalidad simbólica que propicia lo discriminatorio, cuando se tiende al aglutinamiento o confusión entre lo psíquico y lo físico, lo externo y lo interno, lo individual y lo familiar o colectivo. Con relación a esto, la labor de supervisión, en el marco institucional, aporta la posibilidad de efectuar un trabajo de procesamiento del funcionamiento psíquico. En este sentido la supervisión requeriría, no solo tomar en cuenta el relato de lo que se presenta como «caso», sino también, la resonancia que ello produce dentro del ámbito institucional y sus posibilidades de elaboración en cada supervisión, como mediación frente a la angustia que inquieta permanentemente a los profesionales frente al padecimiento del otro a quien se quiere ayudar.

Los expertos reunidos en el grupo de discusión insisten en las ventajas de la supervisión grupal en función de que el grupo presupone una pertenencia. Este

44 Conferencia «De la Formulación Inicial del Caso a la Evaluación del Tratamiento: Instrumentos Clínicos y de Investigación Sistemática» dictada por el Prof. Ricardo Bernardi el 24 de mayo de 2013 en la Facultad de Psicología según se informa en <<http://www.psicologo.edu.uy/eventos/conferencia-56>>.

tipo de supervisión, incorpora una función tercerizadora que incluye no solo a los compañeros del grupo de supervisión, (donde el supervisor está incluido), sino a todo el grupo de la institución, todos ellos como un gran «otro» que queda implicado en la serie de transferencias cruzadas que se establecen.

Los supervisores psicoanalíticos entrevistados aseguran que son los entrecruzamientos transferenciales que conforman una red que, además de tercerizar, sostienen fuertemente al terapeuta en su trabajo. Así, se constituiría entonces, una experiencia grupal peculiar que trasciende la instancia de supervisión habitual:

[...] una supervisión (supervisor y grupo) supone un sostén del terapeuta, como multiplicación de escuchas y miradas (contratransferencias múltiples) que permiten, incrementan y enriquecen, el pensar acerca del paciente y que el terapeuta se piense como variable implicada en el campo de trabajo (supervisora del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas).

Una experimentada supervisora de intervenciones grupales dice en forma concluyente: «La supervisión, junto a la formación específica y al tratamiento personal, forma el trípede a través del cual se constituye el “ser psicoterapeuta”».

Haciendo referencia a estos ejes, un supervisor psicoanalítico con gran experiencia en el Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas afirmaba:

[...] la labor del supervisor en el hospital, no queda descripta diciendo que consiste en analizar la transferencia y la contratransferencia del supervisando; tampoco alcanza con establecer que su misión consiste en intentar ampliar la escucha del terapeuta. La complejidad de la tarea obliga a ejercerla con rasgos artesanales, que no permiten tabularla con precisión, en el sentido de establecer un perfil ideal al que podamos atenernos. Por otra parte hay diversidad de supervisores, que provienen de distintas formaciones recibidas en instituciones privadas diferentes. Pero también enfrentan grandes desafíos que los obligan a encarar en su trayectoria intrahospitalaria, soluciones no siempre respaldadas por las teorías y las técnicas en las que creen, y que corren —en parte— por cuenta de su creatividad, y de la conciencia que tomen de que el ámbito institucional no siempre admite la «aplicación» de elementos teóricos o técnicos forjados en otros contextos (Pascale, supervisor psicoanálisis individual).

El tema del perfil del terapeuta y de la supervisión en el ámbito institucional tiene su controversia. Los representantes de la línea de las configuraciones vinculares sostienen que más que de supervisión habría que hablar de covisión o mejor aún de intervisión de forma horizontal. Hacen énfasis en las múltiples interdependencias que aparecen en la tarea. Resaltan la característica del «terapeuta implicado en la tarea» y la importancia de armar estrategias mediante la inclusión de los distintos componentes de la psicoterapia.

Los técnicos de la línea integrativa de la psicoinmunoendocrinología hacen acuerdo en el concepto de intervisión pero lo entienden desde una perspectiva multidisciplinaria «como visión multidimensional en tres fases: biopsicoeducación con el paciente, diagnóstico y terapéutica».

La supervisora del Programa de Trastornos Alimentario expone con claridad al respecto cuando dice:

Se trata de una covisión interdisciplinaria cuidadosa que, a la vez, cuida al propio equipo, y nos habilita a un saber hacer, en el cual hay espacio para enriquecernos con la diversidad de miradas técnicas, y con la tolerancia de las incertidumbres a las que nos enfrentamos permanentemente entre los diferentes saberes técnicos y en el encuentro con estos pacientes.

Los supervisores participantes del grupo focal acuerdan que la supervisión es diferente por estar dentro de un marco institucional. Resaltan las fortalezas del marco institucional y la supervisión grupal porque habilitaría el trabajo en equipo, (en un momento de profundos cambios en las políticas), aunque la figura del supervisor prácticamente no aparece en el plan de las nuevas prestaciones en Salud Mental.

Se plantea que habría que definir más la técnica en el marco de las reformas en Salud Mental, como por ejemplo en lo relativo a las entrevistas y en el sentido operativo y de lo ético en el contrato, ya que este tiene que ser especificado con claridad. Además, plantean que se debe hacer hincapié en qué es una psicoterapia institucional, sabiendo que la presencia institucional respalda mucho al terapeuta pero además es un tercero que marca un plazo, o sea triangula en la diada terapéutica. Por lo tanto, existiría una transferencia institucional que atraviesa la terapia en sí misma (al terapeuta y también al usuario) y que requiere ser considerada en los planes terapéuticos y en las intervenciones prolongadas. Al respecto dicen:

El trabajo de acercamiento y despliegue que realiza el supervisor al tratar de darle forma a lo transferencial ocuriente entre paciente y terapeuta, debe incluir no solo el trabajo con las transferencias de la diada y con el grupo de supervisión, sino también las institucionales, que tanto el terapeuta, como su paciente y el grupo todo, establecen.

Los expertos entrevistados aseguran que es necesario hacer ajustes porque el modelo viene desde de la actividad de consultorio privado. En todos los agentes de la psicoterapia institucional, existiría un sentido de pertenencia imaginario a la institución, que hace a un compromiso respecto de las responsabilidades frente a los pacientes y frente a la supervisión y a la institución.

Estos supervisores aseguran que una dificultad que traen los terapeutas que dan sus primeros pasos en los servicios asistenciales, «es la extrapolación de modelos y parámetros de otros encuadres que favorecen deslices no deseables en una tarea de psicoterapia que es peculiar». La diferencia en los grados de experiencia entre los terapeutas hace que estos muchas veces tomen su primer paciente en el ámbito institucional que los contrata, sin reparar que queda una dificultad para tramitar las ansiedades propias de la inexperiencia que se trasladan a lo institucional donde es esperable encontrar, y de hecho así se da en general, la contención necesaria en los compañeros más experimentados y en el supervisor mismo.

Respecto a la duración de los tratamientos se sostiene que existe suficiente evidencia sobre los beneficios de los tratamientos acotados en el tiempo, y se coincide en lo que dice una de las supervisoras de la línea cognitivo conductual:

Sabemos poco de las dosis por alta y baja frecuencia. Somos eficaces con pacientes que los psiquiatras no pueden resolver en pocas sesiones y nos los derivan.

De hecho, no parece sencillo establecer qué es y qué no es una intervención psicoterapéutica. Lo que parece ser unánime es que la intervención regulada y dentro de las coordenadas de una institución tiene sus propias características y no es posible trasladar a este espacio la experiencia del consultorio privado.

Desde nuestra perspectiva, para hablar de intervención terapéutica, no sería estrictamente necesario presuponer la existencia de una enfermedad a curar; sino partir del hecho de que la gente, en general, recurre a ella para vivir mejor, para poder sobreponerse con su propia subjetividad y los recursos disponibles a los problemas propios de la vida, y esto comprende a todo tipo de estratos poblacionales.

Esto bien podría adscribirse a las prácticas teórico-metodológicas y ético-políticas que contemplen la construcción o reconstrucción de un proyecto de vida de los sujetos implicados. Desde el recorte de nuestro trabajo, solo podríamos decir que coincidimos con la formulación que al respecto realiza Giddens:

La terapia debería entenderse y valorarse esencialmente como una metodología de la planificación de la vida. El individuo que hoy día se supone «capaz», no solo ha desarrollado una comprensión de sí mismo, sino que es capaz de armonizar sus intereses del momento y sus proyectos futuros con una herencia psicológica del pasado (Giddens 1995 citado por Jiménez, 2014: 228).

La perspectiva de los usuarios de los servicios de Salud

En esta sección se expone el relevamiento de información desde la perspectiva de los usuarios. Dado lo complejo que ha sido acceder a esta fuente⁴⁵, esta se presenta a través de:

- los datos recogidos mediante el cuestionario distribuido por correo electrónico. Se trata de un conjunto de datos cuantitativos que merecieron procesamiento estadístico, los cuales se intercalan con material cualitativo, consistente en comentarios que los usuarios han realizado en el último ítem del formulario;
- luego se trabaja la información recogida en un intento por aplicar metodología cuantitativa a los usuarios organizados que se desempeñan como representantes ante la Junasa, lo que se completó con la riqueza de una discusión colectiva muy próxima a la técnica de grupo focal;
- en tercer lugar, brevemente se expone un relevamiento realizado mediante la técnica de grupo focal, que intenta comprender la perspectiva

45 Los comentarios se registraron en el Cuaderno de notas recogidas del relevamiento de usuarios encuestados de donde se transcriben aquellos comentarios, que de alguna manera expresaban a otros con contenidos similares que se repetían.

de los usuarios organizados como sociedad civil. Este es un actor particular compuesto por integrantes de diferentes asociaciones de usuarios de los servicios de Salud Mental.

Relevamiento de la perspectiva de los usuarios no organizados

Como se dijo en el apartado metodológico, para el caso de los usuarios de los servicios integrales de Salud que no están organizados se elaboró un cuestionario especialmente diseñado siguiendo el criterio de la Escala de Verona, el cual se difunde a través de correo electrónico. A los destinatarios se les solicita completar el cuestionario que se les adjunta y enviarlo a una dirección electrónica creada al solo efecto de este estudio (<inclusionpsicosocial@fcs.edu.uy>).

Este cuestionario tiene como finalidad conocer cuál ha sido, desde la perspectiva de la ciudadanía, la respuesta de los Servicios de Salud Mental de las diferentes regionales en el marco de las nuevas prestaciones en Salud Mental del SNIS.

Se optó por hacer un formulario en soporte de texto Word presumiendo que el formato electrónico podría ser complejo para muchas personas. De algún modo, nuestra presunción respecto a prever posibles dificultades de manejo informático se confirman, dado que fueron muchas las consultas sobre cómo enviar el formulario una vez completado. Este asesoramiento requirió muchas horas de trabajo no previsto y hubo que ampliar el plazo de recolección de encuestas.

A continuación se exponen los datos y se intercalan con comentarios consignados por los usuarios en el espacio abierto del formulario⁴⁶. Los comentarios que se transcriben en forma textual, a veces refrendan o discuten los datos cuantitativos; otros, resumen a un conjunto de comentarios similares o corresponden expresamente a personas cuyo perfil comprende la población objetivo del PIPSM-MSP, como es el caso de los menores de 25 años.

Del procesamiento de la información resulta que se obtuvieron un total de 660 encuestas, de las cuales 576 reunían la condición prevista de haber consultado o que tuvieran un allegado que hubiera consultado en el último año. En consecuencia, quienes no estaban comprendidos en esa condición, no tenían por qué responder. No obstante se recibieron 84 respuestas de personas que no cumplían con esa condición, pero que en la parte abierta del cuestionario dijeron que querían apoyar el estudio porque les parecía importante:

En mi caso, no conozco a nadie cercano a mí que haya acudido a servicio de Salud Mental para responder al cuestionario, pero quiero ayudar. Considero que acceder a dicho servicio es muy costoso, lo que en realidad no posibilita a que aquellas personas de bajos recursos económicos puedan acceder (comentario 19).

De las encuestas que reunían las condiciones de inclusión en el estudio (N=576), quienes contestaron son ciudadanos mayoritariamente de sexo

46 Nos referimos al último ítem del formulario que dice: Si desea escribir un comentario, puede hacerlo a continuación. ¡¡MUCHAS GRACIAS!!

femenino; cuya cobertura de salud está dada por el sector privado en el 53 % de los casos (n=302), acorde a la tendencia según distribución por sector de afiliación en el total de la población nacional (cuadro 1). Ninguno de los participantes de esta encuesta dijo no tener cobertura⁴⁷. Un comentario de una de las encuestadas hacía referencia a este aspecto con la intención de ayudarnos a perfeccionar el instrumento. Ella nos decía:

Me queda una pregunta, ¿cómo se capta la «respuesta» de los usuarios que viven en la calle? Dado que ellos son en su mayoría afectados por patologías mentales, y no van a responder a esta encuesta por obvias razones y no tienen familiares que contesten tampoco (comentario 34, Regional metropolitana).

Estas palabras nos hacen pensar cuán sensibilizados están los ciudadanos respecto de las problemáticas sociales actuales y dan cuenta de un interés genuino por colaborar. No obstante, como ha sido comentado en el marco teórico de este estudio, con la creación del SNIS, rápidamente se logra una cobertura prácticamente universal de la población lo que podría estar explicando que todos nuestros encuestados estuvieran afiliados a algún sistema de salud.

En cuanto a la procedencia geográfica sabemos que el 20 % de las respuestas han sido de población residente en Montevideo; el resto son de los departamentos del interior del país las que fueron recodificadas según regionales de Salud establecidas por el MSP, obteniendo una distribución homogénea según el detalle que se presenta a continuación:

		Regionales			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Reg. Este	88	15,3	15,3	15,3
	Reg. Litoral	97	16,8	16,8	32,1
	Reg. Centro	94	16,3	16,3	48,4
	Reg. Noreste	84	14,6	14,6	63,0
	Reg. Norte	94	16,3	16,3	79,3
	Montevideo	119	20,7	20,7	100,0
	Total	576	100,0	100,0	

Los datos cuantitativos de esta encuesta pueden aportar visibilidad al comportamiento de las variables indagadas según se observe el fenómeno en el sistema de salud del subsector público y privado, así como también señalar si existe algún comportamiento diferencial entre las distintas regionales de Salud.

Es así que cuando preguntamos sobre si es «bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental en la localidad donde reside» (cuadros

47 Aunque pueda resultar insistente, nos parece necesario destacar, entre tanto número y porcentajes, que del total de las encuestas consideradas (N=576), el 47 % corresponde al sector público (n=274) y el 53 % al sector privado (n=302), siendo cero (n=0) los registros de ciudadanos consultados sin cobertura.

4 y 5), sabemos que el 44,2 % contesta afirmativamente en el sector público, mientras que en el privado está en el eje de la mitad de las respuestas (50,7 %). Respecto a quienes marcan disconformidad, los datos dan cuenta que es algo más alta en el sector público 35,4 %, 32,8 % en el privado. El resto corresponde a quienes no saben o no contestan (20,4 % y 16,6 respectivamente). Esto nos induce a pensar que los usuarios o bien efectivamente son mejor tratados en el sector privado, o en el sector público tienen mayor nivel de exigencia respecto de estas funciones. También sería posible que las respuestas resulten más favorables en las mutualistas donde existen mayores recursos materiales para las tareas administrativas propias de la Recepción de usuarios y mejores condiciones locativas. La disconformidad con el trato recibido es argumentada por una joven que preocupada por cómo se sentía su madre, narra el recorrido que tuvo que hacer para realizar una consulta especializada, de esta forma:

Yo incentivé a mi madre para que fuera a consultar. En parte se movió por mí. Fuimos al Filtro (servicio público) a pedir hora para la psiquiatra con el papel de derivación. Me dijeron que no me servía por el lugar donde vivía; me mandaron al Maciel. Ahí fue mi madre y la mandaron a la Policlínica de Vicenza... fue y de ahí la mandaron otra vez al Maciel; y de ahí otra vez a Vicenza. Calculamos que era un problema de la recepcionista, que no nos quería atender. En todo eso pasó un mes, y como no la querían atender, alguien le dijo que hiciera la denuncia en ASSE. La hizo, y al otro día la llamaron para darle día y hora (comentario 36).

Si esto lo vemos distribuido por regionales vemos que las regionales centro y noreste presentan alto índice de disconformidad con el trato del personal de Recepción tanto en el sector público como en el privado y que en este último es bastante más alto el porcentaje de quienes dicen no saber o no contestan esta pregunta (cuadro 6).

El 38 % de los encuestados no saben del funcionamiento de los «Equipos de Recepción» en los servicios de Salud Mental de su localidad y solo el 33,7 % dice haber tenido entrevista con ellos (cuadro 7). Al parecer no son identificados los roles de las primeras consultas, porque como dice la cita anterior, varios hablan de recepcionista y no de una entrevista de recepción.

Cuando analizamos el funcionamiento de los Equipos de Recepción, que es una de las metas prestacionales del Programa Nacional de Salud Mental del MSP, observamos que en la Regional Noreste no se registra ninguna respuesta positiva en el sector público ni en el privado, mientras que la Regional Centro presenta un porcentaje alto de encuestas que dicen haber sido entrevistada por este tipo de dispositivo en ambos tipos de servicios (cuadro 8). A continuación se transcriben dos comentarios de usuarios de distintas mutualistas. La primera cita corresponde a la madre de un usuario privado de Montevideo menor de edad:

Encuentro que en mi mutualista nadie sabe nada y uno pregunta y nadie sabe... capaz que estoy metiendo la pata hasta el cuadril. Yo no he preguntado últimamente, pero cuando yo empecé atender a mi hijo hubiera deseado que hubiera

4 o 5 y discutieran cómo ayudarlo [...] Si un médico le dice hay que medicarlo los padres somos reacios para medicarlo, si fuera un equipo uno se sentiría más respaldado. Porque el médico le dice y uno siempre tiene la duda si está haciendo bien en medicarlo, a pesar de las explicaciones que el médico le da de los beneficios de la medicación. A mí no me gustaría ser tan grosera con los médicos porque no es que uno desconfía... Pero cuando decide por algún ser querido... Claro que si hubiera un conjunto de técnicos que discutieran uno se siente más apoyado (comentario 24).

El siguiente comentario que se cita corresponde a un joven menor de 25 años por lo cual, se encuentra incluido dentro de las prestaciones del Modo 2 del plan. En sentido contrario, él habla favorablemente sobre la forma en que fue recibido en una policlínica de la Regional Este, cuando dice:

No; yo en realidad fui por mi cuenta. No tenía ni idea pero averigüé... me enteré por una compañera de la residencia que me dijo, pero fui por mi cuenta a la Policlínica, sin pase de ningún médico, y ahí mismo ya me atendió una psicóloga. Solamente fue eso (comentario 30).

También se refiere en forma favorable una mujer menor de 25 años que se atiende en una Policlínica de Salud Mental de Montevideo, que respondiendo a la pregunta sobre el Equipo de Recepción, decía:

No sé si existe un Equipo de Recepción. La primera vez fui atendida por tres o cuatro en ese momento, y fue excelente la atención. Cuando yo pedí atención psicológica me derivaron a una psicóloga que estaba dentro de ese local. Ella te evaluaba, te hacía una entrevista; veía lo que más o menos tenías, a qué psicólogo podía derivarte y ahí te hacía una orden. Ella me dijo que yo tenía que hacer un tratamiento de psicoanálisis. Si tenés una patología, o un trastorno te manda a otro especialista. A mí me mandó a la psicóloga común (comentario 26).

La opinión de los usuarios con relación a la «competencia de los profesionales» en general (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros), se divide en tercios para el caso de los usuarios de los servicios público (entre «sí», «no» y «no sabe/no contesta»). Por su parte en el sector privado, casi la mitad de la población no sabe o no contesta sobre la competencia de los técnicos que asisten a la población en los servicios de Salud Mental mutuales (cuadro 9).

Cuando se observa este aspecto por regionales, sabemos que en la Regional Centro y Este, no se registran casos de conformidad en el sector público; mientras que en el privado la primera Regional, registra 33,6 % de conformidad y la segunda presenta alto grado de disconformidad (62,1 %). En general todas las zonales tanto públicas como privadas plantean no saber o no poder opinar sobre la competencia profesional de quienes son operadores de los centros de Salud Mental (cuadro 10). Dice una usuaria de mutualista:

Tengo siete hijos. Mis tres hijos mayores tuvieron que vivir mi peor etapa. Mi esposo es un político muy importante de xxx. Le dije lo que me pasaba y me decía que eran mañas. Soy depresiva. Pero claro, no podía consultar porque sería mal visto en el pueblo. La mujer de alguien tan importante, la madre de tres niños maravillosos. Eso me dijo el médico cuando consulté, «cómo se te

ocurre estar deprimida con el marido y los hijos maravillosos que tenés». Hasta que un día consulté a la doctora y le expliqué a mi hija mayor. Si no tenés una enfermedad muy despampanante te dicen que tenés mañas (comentario 8, Regional Litoral).

Como se ha comentado en el apartado dedicado al relevamiento de los técnicos, estos informan que las mutualistas seleccionan para estas prestaciones profesionales recién recibidos y con poca experiencia. Agregan que, en general, lo hacen por fuera de la planilla de personal estable de la institución, mediante contratos muy precarios y con remuneraciones a destajo, muy por debajo de los aranceles fijados por los respectivos gremios.

En especial, por las características históricas de la inserción sociolaboral de los psiquiatras, trabajadores sociales y licenciados de Enfermería, la precariedad parece ser más acentuada para el caso de los psicólogos. En general, estos profesionales han sido convocados por las instituciones en forma reciente como principales operadores finales del PIPSM, sin que sus honorarios se fijen según los aranceles de la CPU.

[...] faltan recursos humanos, profesionales y servicios también, como te dije somos el único servicio abocado a la atención de la Salud Mental en el departamento, entonces no hay otras opciones para trabajar, solo la mutualista... Te contratan recién recibido, el trabajo no es estable es cuando surge la demanda y te pagan por hora y sin beneficios sociales como licencia por parto o si te enfermás. En algunos casos tenés que tener una unipersonal, en otros trabajás «en negro», más acá en el interior. Y te pagan dos pesos. Claro que eso es para los psicólogos, y agarramos porque recién empezamos (psicóloga del sector privado de Regional Norte).

Con relación a la exigencia de «pago de tiques» o también llamadas tasas moderadoras; es excepcional que en el ámbito público se fije un costo adicional por las prestaciones efectivamente recibidas y ha de ser por ello que entre nuestros encuestados solo aparezca un caso. Más sorprende que no aparezca ni un solo caso que responda que no paga tique entre los afiliados mutuales, siendo que sería de esperar que aparecieran registros de las consultas realizadas en las prestaciones del Modo 1, cuyo cometido es la prevención y promoción en Salud, y que según el Decreto 305/11 del MSP se debe brindar en forma gratuita (cuadro 11). Un usuario de mutualista nos decía:

[...] es que ni los funcionarios saben qué es lo que tienen que cobrar, no tienen la menor información, y no solo en psicología. El otro día a mi tía le cobraron la ambulancia de traslado interno entre la emergencia central y la unidad de internación cardiológica. Buscamos en internet porque nos llamó la atención y efectivamente no se debería cobrar porque es interno. En ese momento uno está preocupado y paga. Hicimos el reclamo pero nos dijeron que si ya está pago es difícil que devuelvan el tique, a no ser que hagamos un juicio (*risas*) (comentario 34, Regional metropolitana).

Si bien fue expresamente excluido de nuestro recorte metodológico el análisis de la financiación de la reforma del sistema de salud uruguayo, el estudio no

puede dejar de considerar el tema de la accesibilidad a las prestaciones por parte de la población, en especial la accesibilidad económica (cuadro 11).

Para el caso de los usuarios mutuales, el problema de la accesibilidad a las prestaciones de Salud Mental según el costo de las tasas moderadoras correspondientes ha sido difícil de estudiar porque han surgido algunas contradicciones que pasamos a exponer.

Al preguntar a los usuarios de las mutualistas si les resultan «accesibles los tiques» que deben pagar, mayoritariamente, como es de esperar, las personas responden que no, (69,5 %), como se observa en el siguiente cuadro.

Si se debe pagar tique, ¿el costo es accesible?					
Servicio privado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Sí	90	29,8	29,8	29,8
	No	210	69,5	69,5	99,3
	No sabe	2	0,7	0,7	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Según lo establecido por el MSP (2014), las tasas moderadoras que pueden cobrar las IAMC, ajustadas a enero de 2014, son:

Tasas Moderadoras para las IAMC .Consulta Salud Mental, enero de 2014

Tasa Moderadora Consulta Salud Mental	Modo 1	\$0.00
	Modo 2	\$229
	Modo 3	\$74
	Comité recepción	\$74
	Entrevista coordinador	\$74
Consulta Médico de Referencia		\$74

Elaboración propia a partir de datos del MSP

Como hemos comentado y se consigna en la tabla, el Modo 1 es gratuito, mientras que para el resto de las consultas los tiques se fijan en \$74 a excepción del Modo 2 fundamentalmente dedicado a la psicoterapia y otros abordajes psicosociales, que puede llegar hasta los \$229.

Como estábamos en conocimiento de que habían diferencias entre las tasas moderadoras cobradas por sesión de psicoterapia entre uno y otro prestador mutual, buscamos información a través de los portales institucionales en internet

y de la consulta telefónica de los servicios integrales privados. Por ejemplo, una de las mutualistas más grandes del país informa:

Estimado asociado estamos realizando modificaciones en esta sección. Si necesita información referente a Cuotas y Tasas Moderadoras lo atenderemos amablemente en el Departamento de Socios (portal en internet de IAMC)⁴⁸.

Del mismo modo en otras instituciones, se hace una descripción de la oferta de atención en Salud Mental, de forma tal que impresionan ser iniciativas de las propias empresas prestadoras de servicios, para luego invitar a los afiliados a concurrir personalmente a la sede mutual para informarse sobre el valor de los tiques. Por ejemplo en uno de los portales dice:

[...] contamos con una amplia gama de servicios psicoterapéuticos, individuales, grupales y familiares. Estas son tanto para niños y adultos a costo reducido o aun gratuito... Comprenden servicios para distintas necesidades de los usuarios y aun de los familiares. Más de 40 técnicos, así como instituciones especializadas en servicios asistenciales psicológicos como drogodependencias, problemáticas familiares, violencia doméstica, trastornos mentales severos persistentes, etc. Es posible acceder a ellas a través de pases efectuados por médico o aun directamente en ciertos casos. Los usuarios pueden acceder a mayor información a través de la Oficina de Atención al Usuario concertando cita previamente por el teléfono xxx o en los despachos habituales (portal en internet de IAMC)⁴⁹.

Constatamos lo dificultoso que se nos hacía entender dicha información, razón por la cual procedimos a recorrer algunas de los servicios ubicados en Montevideo para observar las carteleras de información. Tampoco allí se encontraban disponibles los precios de los tiques para acceder a las prestaciones en Salud Mental, como usualmente se encuentran los precios de otras prestaciones, (tique de consulta para médico general y especialistas; tique para medicamentos; tiques de consulta a domicilio o emergencia, etc.).

La dificultad de acceso a esta información nos multiplicaba el interés por obtener este dato, por cuanto nos dirigimos a los «departamentos de usuarios» de tres de las más grandes instituciones mutuales del país, donde pudimos saber que estos tique para psicoterapia se encuentran en el entorno de los \$700 por sesión, lo que inmediatamente despertó nuestro comentario: «Eso es lo que cobran muchos terapeutas en sus consultorios privados». El funcionario rápidamente nos respondió: «Justamente, no queda bien que las instituciones cobren menos que el arancel de la Coordinadora de Psicólogos».

Continuamos el camino de la indagación sobre la accesibilidad económica que tienen los afiliados mutuales a los servicios de Salud Mental y nos dirigimos a las autoridades del Programa Nacional de Salud Mental del MSP, quienes nos

48 Textual disponible en <<http://www.asesp.com.uy/content.asp?type=10>> , última fecha de consulta 19/7/2014.

49 Textual disponible en <http://www.serviciomedicointegral.com.uy/mvdcms/uc_92_1.html> última fecha de consulta 19/7/2014

informaron que las IAMC están obligadas a cobrar las tasas que se establecen legalmente. Para el caso de la psicoterapia prevista en el Modo 2, sea en la modalidad individual, de pareja, familia o grupal, las IAMC tienen la obligación de brindarlas a los costos establecidos legalmente a:

usuarios con IAE, a usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive y a docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud (MSP PIPSM, 2011: 12).

Según se nos informa en el MSP, las grandes mutualistas habrían incorporado a la oferta asistencial, la psicoterapia para otras poblaciones objetivo, prestaciones que no se encuentran reguladas por el Decreto 305/011, por lo tanto pueden fijar el valor de las tasas moderadoras con base, por ejemplo, en los aranceles técnicos que propone la Coordinadora de Psicólogos para la actividad privada.

En efecto, varios encuestados hicieron referencia a la accesibilidad económica de los copagos para la atención psicoterapéutica. En general, se comenta que estos resultan menos costosos que la consulta privada de consultorio para las personas incluidas como población objetivo, dentro del paquete de prestaciones del Modo 2, tal como refiere una mujer afiliada a IAMC de la Regional Centro:

Yo vi solamente psicólogos, entonces fui con esa orden y retiré los tiques. A partir de ahí, cuando empecé la terapia, iba directo al Anexo a retirar los tiques. [...] Por mes eran cuatro sesiones, pagaría un poco más de 800 pesos. Esta es una mutualista donde es rebarato, para lo que es un psicólogo particular hoy en día (comentario 28).

El tema de las tasas moderadoras que cobra el sector privado «sigue siendo un problema para el acceso» según comentó Elena Clavell, directora del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en entrevista radial⁵⁰. Además dijo que «existe un plan general de manejo con respecto a las prestaciones en donde queremos llegar al punto en que las técnicas de rehabilitación y diagnóstico no tengan tasa»; y agregó que:

La reforma de la salud incorporó a ASSE como prestador elegible para los que están en el seguro y en ASSE no se cobra ninguna tasa moderadora, también se tomó la medida de que las personas de una institución mutual puedan cambiarse a ASSE si encuentran que su decisión no había sido acertada o la utilización de la institución aumenta y le genera problemas de acceso económico (radio *El Espectador*, entrevista a Elena Clavel realizada el 3/7/2014).

Este sería un argumento de peso que tendría la reforma frente a la resistencia de las empresas de Salud para incorporar las medidas impuestas. Cuando Clavell maneja la lógica de libre competencia del mercado, lo que intenta es presionar

50 Entrevista realizada el 3/7/2014 a las 9.00 am en Radio El Espectador, disponible en <<http://www.espectador.com/salud/294685/salud-gobierno-topea-en-800-la-tasa-moderadora>>

sobre la persistencia por mejorar la viabilidad de las empresas y mantener las ganancias en alza. En contrapartida, la debilidad de su planteo radica en que parece poco probable la migración del sector privado hacia el público. Este movimiento como ya hemos visto, se da en el caso de que los usuarios no puedan pagar los tiques cobrados en las mutualistas o cuando se indica algún procedimiento concreto que solo se ofrece en la esfera pública, fundamentalmente en el hospital universitario. El desprestigio social de lo público respecto de lo privado (Caetano, 1997) y la dificultad para la mejora en la calidad de atención a pesar de las grandes inversiones realizadas, hacen poco probable que se tome a «ASSE como prestador elegible para los que están en el seguro», como afirma Clavell.

Retomando la información proveniente de los usuarios no organizados recogida en la encuesta, observamos que la conformidad con el «tiempo de espera» se polariza entre los consultados (cuadro 13). En efecto en el sector público los encuestados puntúan en un 47,1 % no estar de acuerdo con lo que tienen que esperar para realizar una consulta, mientras que en el sector privado el 69,5 % está de acuerdo con lo que se demora en «lista de espera» para consultar, y solo el 16,6 % dice no estar de acuerdo. El 13,2 % restante, registra que «no sabe o no contesta».

Cuando se observan las respuestas comparando los servicios públicos y privados en las distintas regionales, se ven en general, resultados mucho más favorables para los servicios privados en todo el país (cuadro 14).

El «respeto por la fecha y hora de consulta» se registra con mayor frecuencia entre los afiliados del sector privado (79 %), mientras que entre los encuestados del sector público se registra menor conformidad (49,6 %), aunque es de hacer notar que los afiliados a las IAMC señalan en casi el 19 % de los casos que esta condición, no la consideran ni buena ni mala (cuadro 15).

En cuanto al «tiempo entre consulta y consulta» es mayoritaria la disconformidad dentro del grupo de afiliados del sector público, la que se ubica en el entorno del 46 %; pero llama la atención que esta condición alcanza el 63,6 % dentro de los afiliados a las mutualistas. En este ítem la respuesta de quienes no saben contestar o la consideran «ni buena ni mala», disminuye considerablemente (cuadro 16).

Me atendieron con puntualidad, y como en ese momento tenía problemas para dormir, me recetaron unas pastillas. Me dijeron que me llamaban en la semana para coordinar el comienzo de la terapia. Pasaron dos semanas y nada; intenté comunicarme y no pude. Esta semana me llamaron. Me dijeron que hay dos tipos: la psicológica y la terapia en grupo. Yo creo que quiero la grupal. La diferencia es que, en la individual hablás de vos, yo ya sé cómo es, porque ya fui a terapia. Primero fui al Pereira Rossell (dos sesiones), y después tuve que ir a la privada porque cumplí los 25, (ahí iba seguido) (comentario 25).

Otra encuestada, menor de 25 años, que concurre al servicio privado de la localidad donde reside en la Regional Centro, escribió:

Empecé con psicólogo en la mutualista de Durazno. Eso sí, esperé dos meses y después de la primera vez que fui, pasaron dos meses más hasta tener la

primera consulta. Pero después las sesiones eran todas las semanas sin problemas, una por semana y cuatro al mes (comentario 29).

Cuando se pregunta si en la localidad de pertenencia, los técnicos «muestran interés y son comprensivos del problema por el cual se consulta» advertimos que el puntaje es muy desfavorable para las mutualistas con 55 % de disconformidad frente al 42 % que presentan los servicios públicos. No obstante, en ambos sectores aproximadamente la mitad de los encuestados dice que los profesionales de Salud Mental no «conocen la situación por la cual se consulta», aunque entienden que «respetan el secreto profesional», (cuadros 17, 18 y 19).

Un aspecto que se indaga es si resulta «fácil acudir a la Emergencia del Servicio de Salud Mental en días laborables». Solo un tercio considera que es fácil durante el día en los servicios públicos y al comparar las regionales vemos que no se registran respuestas favorables en la Regional Este (cuadro 20).

Empeora sensiblemente esta percepción sobre la dificultad de acceso a la Emergencia «durante la noche o en días feriados» en ambos sectores. Al comparar entre sectores, se observa mayor conformidad en el privado (cuadro 22). Esta consideración negativa de los usuarios respecto de la accesibilidad a la Emergencia en Salud Mental en realidad refiere a la consulta con psiquiatra de guardia y se mantiene tanto comparando entre regionales como entre servicios (cuadro 21). Una madre de Montevideo que recurre a la Emergencia de la mutualista donde su hijo es afiliado decía en pocas palabras:

En la emergencia al paciente que va en busca de psiquiatra o de contención lo tienen horas esperando al profesional. Mi hijo es psicótico y eso le genera angustia y ansiedad... inhumano diría yo como madre. Gracias (comentario 22).

Otra mujer funcionaria de ASSE y usuaria de servicio público, al cual accede con coberturas adicionales a través del denominado Carné Integral que esta institución tiene como beneficio para los funcionarios y sus familias, desde su doble vinculación institucional da cuenta que en una importante localidad de la Regional Este:

En este momento el servicio de salud mental está muy abandonado en el departamento, existen varias renuncias de profesionales, lo que demora mucho el tiempo de espera. No es propio para los pacientes que lo precisan. Trabajo en ASSE, la demanda es mayor a 60 días, porque se agenda con un tiempo máximo a dos meses, por día se recepcionan más de 4 casos urgentes que no reciben respuesta en ninguna parte y otros casos que pueden esperar, pero cuando se logra la consulta muchas veces se transforman en situaciones mucho más agravantes (comentario 21).

En cuanto a si la «medicación está disponible» en los servicios de Salud Mental, más de la mitad contesta afirmativamente tanto en el sector público como privado y también es afirmativo según regionales con excepción de la zona Noreste que presenta total disponibilidad de fármacos en el sector público y registros de faltantes en el sector privado (cuadros 22 y 23). En general, los comentarios parecen coincidir en que la medicación es lo que más disponible se

encuentra cuando se recurre a los servicios de salud. En este sentido, se refiere un familiar de una persona mayor de 25 años residente en la Regional Litoral, quien tendría un diagnóstico psiquiátrico de psicosis:

[...] Tanto en la mutualista como en el hospital. No solo falta estructura y criterio para sostener y darle mejor calidad de vida a enfermos y sus familias, sino que el desconocimiento del personal en el contexto, no hace más que complicar y entorpecer los procesos, supuestamente curativos. Todos los casos complejos son derivados inmediatamente a Montevideo (clínica privada o Vilardebó), donde se siguen practicando el micro narcosis, aun no coincidiendo con el diagnóstico del psiquiatra, que atiende al paciente (comentario 6).

La «consideración de los familiares», según se informa, sería escasa en todo el sistema, en el eje del 27,4 % en el sector privado y del 30 % en el público. El bajo registro de esta variable, al observar la distribución según regionales, llega a ser nula en el sector público de la zona este y muy escasa en el sector mutual del noreste. Montevideo presenta los mejores registros de conformidad respecto a la inclusión de los familiares en la consulta de los servicios tanto públicos como privados (cuadro 24).

Una joven menor de 25 años que se encontraba en tratamiento psicoterapéutico combinado con seguimiento psiquiátrico en el sector público de Montevideo, escribió.

[...] Respecto a los familiares, en mi caso, son tenidos en cuenta más que nada en el tratamiento psicoterapéutico más que en las consultas con los psiquiatras, quienes se limitan a preguntar sobre mí más que sobre mi entorno. En términos generales estoy muy satisfecha por los servicios brindados por los servicios de Salud Mental, sobre todo en el Hospital de Clínicas quienes me han hecho sentir que realmente se preocupan por nosotros los pacientes, por el seguimiento de nuestras problemáticas y por que podamos seguir delante de la mejor manera posible (comentario 9).

La inclusión de los familiares o de personas allegados en los tratamientos, en general, parece ser excepcional. Según comentan los encuestados, cuando se habla de los familiares es centrado en el sujeto que consulta, o para que aporten datos sobre él, (si toma la medicación, si lo ven mejor, si duerme durante la noche, etc.) Una joven menor de 25 años que estaba muy conforme con la psicoterapia realizada en un servicio mutual de la Regional Noreste, decía:

[...] no se planteó la posibilidad directa de trabajar con un familiar mío, pero cuando hablábamos de mi familia, me decía: quiero que traigas fotos de ellos, del lugar donde vivís, cosas así. Pero en ningún momento se habló de hacer una terapia grupal... Tampoco nadie me habló de hacer otro tipo de actividades que me ayudaran a mejorar y eso que estuve muy mal. No, nunca nadie me habló de eso (comentario 39).

Un aspecto que se indaga es si «en el servicio de su localidad se informa sobre lo que se ofrece», obteniéndose datos negativos en todo el país tanto para los servicios de ASSE como mutuales. En general, son muy bajos los puntajes afirmativos en el interior del país, apenas entre el 15 y el 18 % (cuadro 24).

Algo más favorable parece ser la percepción que tienen los usuarios respecto de la oferta de «otras actividades o instituciones que pueden ayudar en el problema de consulta» (cuadro 25). No obstante varios indagados comentaron en el sentido que lo hizo una joven también usuaria de los servicios privados, que se atendía en alguna localidad de la Regional Centro. Ella escribió:

Anteriormente había ido a Medicina General porque me sentía angustiada, la doctora me mandó medicación pero no me dijo: acá tenemos una parte de Psicología... nunca me informó de eso. Me mandó una pastilla, porque decía que era angustia, estrés por falta de dormir y todo eso, pero nunca me dijo: tenés la posibilidad de ver a un psicólogo acá (comentario 28).

La necesidad de dar difusión a las nuevas prestaciones en Salud Mental en el marco de la reforma del SNIS ha sido algo reiteradamente planteado en las respuestas cerradas y también ampliamente comentado en el ítem abierto de los cuestionarios. Una y otra vez se expresaron conceptos tales como:

Es una lástima, pero por la falta de información, la gente no sabe de estas cosas (comentario 32).

Sugiero que fueran más publicitados, que la gente supiera adónde dirigirse porque en realidad la gente no sabe a dónde ir (comentario 40).

No se tiene conocimiento alguno de lo que trata el nuevo sistema de salud, referente a salud mental, por lo tanto de las prestaciones que se estén brindando actualmente en los servicios públicos y privados. Es un deber que existe, pienso que debe haber una movida más grande para que la población en general se entere y conozca los derechos que tienen, hablando de este aspecto (comentario 3).

El tema de la desinformación fue tratado prácticamente en forma unánime, tanto por los encuestados como por el grupo de discusión reunido en el encuentro de la Junasa o el realizado con la Comisión de Salud Mental del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP).

Resulta evidente que estos programas y políticas públicas no son los únicos recursos con que cuenta la población cuando tiene un sufrimiento o malestar emocional. En las redes comunitarias, se entretienen sistemas de creencias y tradiciones, otras formas de ayuda y saberes que componen el capital cultural y social, muchas veces de difícil acceso para quienes nos dedicamos académicamente a estos temas. Una madre de un joven adolescente, muy preocupada porque su hijo no quería consultar más en la mutualista donde había sido atendido decía:

Mi hijo dejó el medicamento hace unos tres meses, tomaba dos días se olvidaba y así lo dejó y el único inconveniente que tiene es que se duerme recién de madrugada, pero la verdad que no encuentro que esté peor. Se levanta a las 6 y se va a estudiar y viene y se acuesta una siesta. Pero si tuviera un equipo me sentiría más respaldada. Él se atiende con psiquiatra de adolescente (comentario 41).

Y otra joven mujer mayor de 25 años, residente en la Regional Norte que había consultado recientemente, nos agradecía la encuesta y contaba con elocuencia:

Gracias por tomarse un tiempo para hacer esto. Si quieren les puedo aplicar la encuesta a otras mujeres.

En cuanto a mi experiencia yo cuando asisto (tres veces en mi vida) al psiquiatra es para que me escuchen. Estoy en contra de medicalizarme teniendo 28 años. La primera vez me llevó mi mamá porque no me podía controlar, ella habló con el psiquiatra y él me recetó pastillas sin ni siquiera hablar conmigo. Yo tenía 15 años y las pastillas me dejaban boba, le decía a mi mamá que las tomaba pero empecé a tirarlas. Fui en mayo de este año y me mando tranquilizantes para antes de dormir, pero no las tomo. Hago 10 lagartijas antes de dormir por mi cuenta, ando de lujo y tengo tremendos brazos.

La perspectiva de los representantes de los usuarios ante la Junta Nacional de Salud (Junasa)

De los 54 participantes seleccionados al azar en la reunión de la Junasa, de modo de contar con un número proporcional de representantes por regional, sabemos que la distribución entre sexos es equitativa, apenas superando las mujeres (53 %) sobre los varones. En cuanto a la edad, prácticamente coincide la media de 59 años con la moda que se ubica en los 60 años, en un rango que va de los 37 a los 74 años.

También podría decirse que la distribución en cuanto a la afiliación al sistema de salud del cual a su vez son representantes dentro de la Junasa es superior para el sector público: representan el 59,3 % de los participantes.

Los representantes de la Junasa seleccionados para esta fase de la investigación mostraron disposición para colaborar con la actividad planteada. El formulario, que se empezó completando en forma individual, rápidamente disparó una dinámica de intercambio de opiniones con comentarios alusivos a cada pregunta. Estos comentarios fueron registrados por la coordinación en un cuaderno de notas⁵¹, porque advertimos que lo que inicialmente se había propuesto como una recogida de datos cuantitativos, estaba espontáneamente siendo enriquecido por aportes propios de la técnica de grupo focal.

Los participantes completaron la encuesta y al momento de procesarla se comprueba que es tan fuerte el peso negativo de la información recogida, ya sea por la insatisfacción como por el desconocimiento de las prestaciones realizadas por los distintos servicios de Salud Mental, que nos hace dudar de su aprovechamiento como fuente de información, dado que se testea alto grado de disconformidad, sin arrojar otra evidencia.

51 Los cuadros estadísticos correspondientes a esta sección se encuentran en el Anexo Cuadros reunión de la Junasa. Los datos se recogieron a partir de un formulario cuya pauta se adjunta en Anexo Pauta Reunión Representantes de los Usuarios ante la Junasa. Este correlaciona con el cuestionario distribuido por correo electrónico para los usuarios. Ambos se hicieron siguiendo los criterios de la Escala de Verona. En el Cuaderno de notas se registraron los comentarios que surgieron a lo largo de la reunión y que se presentan en el Anexo Cuaderno de notas de la reunión con usuarios representantes en la Junasa.

Ante esta dificultad, hemos recurrido al asesoramiento del Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, donde se nos sugirió apelar a la triangulación metodológica para complementar la recogida de datos cuantitativos con el material cualitativo reunido en los cuadernos de notas que contienen los comentarios realizados espontáneamente por los usuarios representantes en la Junasa.

A continuación, intercalaremos datos cuantitativos y cualitativos recogidos en la compulsa a los usuarios que participan de la Junasa, para conocer la percepción que estos informantes tienen respecto del Plan de Implementación de Nuevas Prestaciones en Salud Mental.

Consultados los miembros de la Junasa sobre la «eficacia de los servicios de Salud Mental de su localidad» (cuadro 1), sabemos que a su juicio y con el reparo que supone lo que para cada uno puede significar «eficacia», el 61 % dice que es «malísima» o «generalmente insatisfactoria». Esta información se observa en todas las regionales, menos en Montevideo donde no se registra puntuación para el ítem «malísima» y como valoración negativa solo se marca «generalmente insatisfactoria» para el 33 % de los participantes (cuadro 1b).

Al respecto, algunos comentarios refieren que:

En el ámbito privado se ve más accesibilidad, en cambio en el público se ven las mismas carencias y la falta de información es cada vez peor; hay mucha confusión (caso 12).

No existen servicios en Canelones y tampoco existe interés (caso 13).

Todo lo respondido corresponde a la atención en el MSP. La salud privada no atiende a los pacientes con esa problemática (caso 21).

Todavía no está muy implementado el programa de Salud Mental en el departamento (caso 31).

Se lleva a cabo Salud Mental en el hospital de Canelones con signos positivos de recuperación. En mi mutualista se atiende derivando a Montevideo, porque no tiene ni policlínica en el sanatorio (caso 43).

Al indagar sobre el «trato por parte del personal de Recepción» (cuadro 2) los resultados dan cuenta que es percibido mayoritariamente como satisfactorio; el 31,6 % lo marca como trato negativo. Al respecto alguien dice:

Para hablar de la manera de tratar del personal de recepción o secretaría tanto por teléfono como personalmente, la atención en general es mala. Frente a los problemas mentales los funcionarios están muy condicionados por la patronal (caso 36).

Para conocer la percepción que tienen respecto de la competencia de los profesionales de su localidad, se pregunta por separado por la competencia de los técnicos de los equipos de atención básica en Salud Mental del Primer Nivel de Atención (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, otros profesionales).

La valoración sobre la «competencia de los psiquiatras» mantiene niveles de satisfacción con algo más de 55 % en Montevideo y la Regional Noreste,

mientras que la Regional Centro registra puntuación negativa (44,4 %). Es de destacar que de las seis regionales, solo se registra opinión sobre los psiquiatras como «malísima» en la Regional Centro y Litoral (cuadro 3).

Los comentarios que se hacen cuando se formula esta pregunta expresan:

Un poco de aterrizaje de parte del psiquiatra hacia dónde y cómo camina el paciente. Aún falta. Lo negativo es que son pocos profesionales y se les resta importancia a la Salud Mental (caso 19).

De parte de los psiquiatras, la capacidad de escuchar y comprender los problemas, en general, es aceptable, pero existen excepciones de muy malas experiencias (caso 42).

También resulta favorable la consideración general respecto a la «competencia profesional de los psicólogos». Esta es predominantemente negativa en las regionales Litoral, donde casi duplica la satisfacción, y en Noreste. Llama la atención la alta puntuación que registra el ítem «ni buena ni mala» y «no sabe no contesta» porque estaría significando que la presencia operativa de esta profesión o bien es inexistente o bien tiene escasa visibilidad (cuadro 4). Se comenta:

Si hablamos de la competencia y profesionalidad de los psicólogos, los que hay tienen los cupos llenos y es imposible acceder (caso 36).

La información sobre la «competencia de los trabajadores sociales» (cuadro 5) también presenta niveles de satisfacción, pero esto tiene implicancias con el proceso de recogida de datos realizada por trabajadores sociales que fuimos debidamente presentados y se nos manifestó por parte de los encuestados cierto agradecimiento, pues aseguran que no es común que fueran interrogados sobre estos tópicos. Es más, se nos dijo que se sienten escasamente considerados en los ámbitos de participación como son los consejos consultivos. Este reconocimiento de su parte de nuestra labor podría estar influyendo en las respuestas por eso preferimos no considerar la información producida en este tópico. Alguien en tono de broma dijo: «Respecto a los trabajadores sociales, no sé si hay en la mutualista ni a qué se dedican» (caso 36).

También fue bien considerada la «competencia de los enfermeros» y la «competencia de otros profesionales de la Salud» (cuadro 6), no obstante en términos cualitativos se hacían comentarios bastante negativos respecto del desempeño de los profesionales. Una de las participantes expresaba:

En la mutualista, cuando necesité que atendieran a mi hija que tuvo 4 intentos de autoeliminación, no obtuve respuesta satisfactoria del psiquiatra ni de nadie pues pensaban que no era una prioridad. Solamente la primera vez fueron y después le restaron importancia. El caso es que terminé haciendo una demanda en la institución y otra en la Junasa y ahí fue cuando le dieron la importancia a la gravedad de la patología que tenía mi hija y puso a nuestra disposición, alrededor de cuatro psiquiatras y un equipo técnico completo (caso 27).

Antes de pasar a la próxima pregunta un usuario del interior del país se expresó en forma contundente afirmando:

Yo no destaco nada como positivo dado que no se cuenta con suficiente personal, por tanto todo lo antes expuesto da como resultado la insatisfacción del método (caso 40).

Al preguntar sobre «el coste del servicio ofrecido, por ejemplo, de tiques, medicamentos, etc.», solo deben responder con relación a los servicios mutuales, porque los servicios públicos son gratuitos y no están comprendidos dentro de la normativa de las llamadas tasas moderadoras. Pero como este grupo se los considera opinando respecto de los servicios prestadores integrales de Salud tanto públicos como privados, dada su condición de representantes nacionales de los usuarios, se considera el total de opiniones. Es así que se observa que 53,7 % de las respuestas se concentran en «malísimo» y «generalmente insatisfactorio», mientras que el resto se distribuye entre «satisfactorio», «ni buena ni mala o no sabe». Llamativamente la puntuación de satisfacción es alta considerando lo que se ha planteado como preocupación de las autoridades del MSP y de la opinión pública respecto a las tasas moderadoras. Posiblemente esta apreciación se explique porque en la mayoría de los participantes son usuarios de ASSE y por el desconocimiento del funcionamiento del sistema de nuevas prestaciones en Salud Mental, señalada al principio de este apartado. Comentarios como los siguientes se repitieron en distintas intervenciones:

En algunos departamentos no se da la debida atención. Lo fondos que se manejan son secretos. Imposible saberlos (caso 16).

Lamento carecer de información suficiente como para responder el cuestionario a conciencia. Más en el tema de los tiques, que es algo que siempre está cuestionado porque se suma a las cuotas que se pagan por Fonasa. Además tengo entendido que los tiques para los psiquiatras y estas cosas son distintas al resto..., cómo es bien eso no lo sé, pero sé que es complicado (caso 32).

[...] los costos son muy elevados para algo que es tan necesario (caso 36).

Y otro participante respondió:

Lo que sé y estoy enterado, como usuario de servicio privado, es que los fondos financiados que se manejan son secretos y nunca se conocen las cifras y si preguntás se enojan y te tratan de mala manera (caso 37).

Según expresan y consignan en los ítems:

La puntualidad y el tiempo de espera cuando se acude a una cita (cuadro 8) resulta ser favorable para el sector privado respecto del público, aduciendo en muchos casos que: «En ASSE de (xxx) no hay psiquiatra, viene de (otra localidad de la Regional) cada 15 días» (caso 25).

En la institución de mi localidad se espera una o más horas para ser atendidos, la impuntualidad es la norma (caso 36).

Para el caso de estos informantes calificados, la pregunta sobre la opinión respecto de «las explicaciones que se dan, acerca de los tratamientos y pruebas utilizadas» (cuadro 9), se responde como «malísima» y «generalmente

insatisfactoria» en el 35,2 % de los casos, frente a 27,8 % que responde que es «excelente» o «satisfactoria». Este dato no correlaciona con lo que muchos comentaban:

Lamentablemente desconozco cómo se está ejecutando el plan, si es que se está llevando a cabo (caso 29 y otros).

Según se consigna, «la respuesta ante una emergencia» tanto durante el día como durante la noche registra críticas en especial en las mutualistas (cuadros 10 y 11). Según estos informantes, solo se daría respuesta favorable durante el día para el 31,3 % de los encuestados en el sector público y 27 % en el sector privado. Durante la noche las respuestas disminuyen sensiblemente al 9,4 % para los servicios públicos, siendo más satisfactoria en los privados con un 18,2 % de aprobación.

En la institución nunca hay médico psiquiatra de guardia, de hecho en los casos que se necesita consultar con urgencia se derivan a 20 días o un mes (caso 36).

Otro informante no contesta el formulario y dice:

Yo resido en Bella Unión y me fue imposible contestar este cuestionario ya que no tenemos ningún psiquiatra residente radicado en nuestra ciudad. Por lo tanto todas las emergencias en psiquiatría las tenemos que trasladar al hospital de Artigas, desde donde después de darle una medicación transitoria, nos devuelven a los pacientes en las mismas condiciones (caso 39).

En general en todos los servicios integrales del país, «atienden los mismos técnicos», «los técnicos conocen la situación por la cual se consulta», «se muestran interesados y comprensivos» y se «respetan el secreto profesional» (cuadros 12 y 13). Respecto a la «disponibilidad de medicación» (cuadro 14), parecería no presentar problemas en ambos tipos de servicios en todo el país. No obstante, alguien comenta mientras los demás asienten:

Los medicamentos son licitados y nunca concuerda con lo que el médico recomienda, dicen que la droga es la misma, pero no es así, no es lo mismo una Coca-Cola que una Fagar y hay personas que no respondemos igual al medicamento. Creo que es ahí donde más se ve el negocio de las privadas al ahorrar en los medicamentos de los pacientes (caso 36).

En cuanto a la instalación de «dispositivos grupales, familiares u otras actividades que puedan ayudar en el problema de consulta», las respuestas presentan información negativa, aunque existen algunos dispositivos privados, pero en menor proporción que en los servicios públicos (cuadros 19 y 20). En especial, respecto del sector privado refieren:

Para mí no se cumplen las metas asistenciales. En la privada no se ha cumplido la meta del primer módulo de gestión; no se han formado los grupos. Dicen que el usuario no quiere exponerse. En ASSE tienen un equipo de Salud Mental en Nueva Palmira excelente pero no han completado los grupos. En la privada, los usuarios se quejan después de las 6 sesiones gratis porque deben pagar

más que un privado. El costo del servicio es generalmente elevado y en ASSE no se cobra (caso 41).

Otro participante, también usuario de servicios mutuales, comenta:

En mi departamento existe oferta de tratamiento familiar, pero se ha instrumentado solo para cumplir con las metas exigidas por el Ministerio. No se ha difundido ni derivado como se debería, ni a pacientes ni a familiares (caso 38).

A esta altura del desarrollo de la reunión, poco importaba completar el formulario, los participantes se mostraban preocupados y conversaban entre ellos, sobre el grado de desinformación que tenían:

Por lo nuevo del plan me excuso de hacer comentarios (caso 24).

Sí es cierto que se ha mejorado la atención sobre Salud Mental. Todavía hay mucho para hacer, pues era un debe que se tenía con la Salud Mental (caso 26).

[...] que gracias a realizar esta encuesta, podemos darnos cuenta qué poco sabemos de cómo funciona la Salud Mental. Decimos que nos ocupamos de la problemática de la Salud y que estamos trabajando en la Junasa por mejorar los derechos de la gente en la atención de la Salud y no sabemos qué pasa con este tema de los nuevos servicios de Salud Mental (caso 51).

Leí una vez el plan, pero no tengo conocimiento como para responder responsablemente. La institución prestadora de salud privada de Cerro Largo instaló las policlínicas de psiquiatría y psicología en un local fuera del edificio principal. No tiene área específica para internación, en caso necesario lo hace en dependencia del hospital público que sí tiene un área para psiquiatría que pude conocer y me pareció bueno, pero tampoco tengo elementos de comparación. Pienso que como representante de los usuarios debería haber dispuesto de tiempo suficiente para informarme y poder contestar con conocimiento del tema. Por lo pronto haberme enfrentado a esta encuesta más que motivarme me impele a buscar la información sobre todo los aspectos planteados en ella (caso 42).

Comenzar a divulgar las posibilidades que tienen los posibles usuarios. No se conoce el plan (caso 28).

Y con estos comentarios finales, lo que inicialmente era una reunión para completar un formulario se convirtió espontáneamente en un grupo de discusión que contribuyó a que cada uno se interrogara sobre qué concepto de Salud estaba trabajando como representante de los usuarios en la Junasa. Tal vez las palabras de uno de los representantes sirven para transmitir el clima reflexivo alcanzado:

Lo positivo es que se empezó a trabajar y que hay un compromiso serio, pero que de las instituciones tienen que ayudar a que se pueda seguir avanzando; las herramientas están. Los usuarios somos quienes tenemos que exigir que se cumpla. El Plan de Implementación, no lo hacen cumplir de parte del gobierno (caso 35).

La perspectiva de los usuarios organizados en la sociedad civil

En este apartado se trata de informar sobre la perspectiva de los usuarios organizados en los movimientos de la sociedad civil respecto al proceso de implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental por parte de todos los prestadores integrales de Salud de todo el país.

Con el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP), que es uno de los agrupamientos más grandes que cuenta con personería jurídica, se realizaron reuniones de trabajo en distintas instancias. Además de muchos intercambios personales, telefónicos y vía correo electrónico, se efectivizaron reuniones de trabajo planificadas en forma conjunta y llevadas a cabo en la sede del Movimiento.

En estas actividades nos desempeñamos en calidad de observador participante; intervinieron, además de la Comisión de Salud Mental del MNUSPP, integrantes de otros colectivos vinculados a la Asamblea Instituyente: El Roble, grupo de familiares La Esperanza, Radio Vilardevoz, Cooperativa de Empanadas, Bibliobarrio, Asumir, entre otros.

Estos grupos actúan como movimientos activistas de la sociedad civil, que en general se ocupan de las condiciones de vida y de asistencia psiquiátrica, de la restricción en el tiempo de cobertura de la internación para el caso de las mutualistas, las condiciones de las casas de salud, el acceso a empleos protegidos y a la seguridad social de los enfermos con trastornos crónicos. Algunas de estas organizaciones se autodefinen de la siguiente manera:

Organización 1. Comisión de Salud Mental del MNUSPP

La Comisión de Salud Mental del MNUSPP se conformó en abril de 2011, con representantes departamentales que participan voluntariamente, y se reúnen con una frecuencia mensual bajo la coordinación nacional de Zulis Goyen.

En la actualidad, si bien el MNUSPP tiene representación en todo el país, su Comisión de Salud Mental no habría logrado convocar miembros en algunos departamentos. Esto es un inconveniente, porque al faltarles representantes en dos o tres departamentos no pueden cumplir con la representatividad deseada en los consejos consultivos dispuestos en el Decreto 305/11 del PIPSM-SNIS.

Existen otras dos grandes organizaciones de usuarios que no cuentan con personería jurídica: «Salud para Todos» y el «Movimiento Participativo», (este último no tiene organizada una Comisión de Salud Mental). Según se informa, esta sería la razón por la cual los miembros del MNUSPP han sido convocados para participar en la Comisión del MSP que elaboró el borrador sobre el cual se redactó el PIPSM-SNIS en 2011. Más tarde, se convocó a cuatro de sus integrantes para participar en la primera evaluación del plan realizada en mayo de 2012.

En ocasión de esa evaluación, se habrían producido versiones desencontradas y contradictorias entre los representantes de las IAMC y de los usuarios. Según nos decía una integrante de la directiva:

Para el MNUSPP los prestadores de salud del sector privado no cumplen con lo pautado, en ninguno de los tres modos previstos en el plan. Por ello, consideran que la evaluación positiva presentada al MSP en la reunión del mes de mayo, es totalmente falsa.

Este comentario generó una serie de diálogos entre los participantes, donde parecía existir consenso respecto de la afirmación realizada, que generaron chistes e ironías que no pudimos registrar. Luego de este momento de dispersión, se propuso dar lugar a que cada una de las organizaciones participantes.

Organización 2. El Roble

Refiriéndose a una actividad recreativa realizada recientemente comentan:

Estuvimos haciendo empanadas y nos fue bastante bien. Nos sentimos respaldados por la gente y por ustedes también (se refiere a quienes organizaron la actividad). Más allá de la recaudación, es una señal para seguir adelante y ver que estamos por buen camino.

Organización 3. La Esperanza

Nosotros somos el colectivo de La Esperanza, un grupo de familiares. Es un grupo de ayuda mutua para los familiares, porque también ellos necesitan contar su problemática y sentirse apoyados. También tratamos de buscar soluciones, de estar presentes para ver qué podemos hacer. Somos familiares de personas con esquizofrenia, no con otras patologías psiquiátricas. No tenemos un lugar propio; alquilamos un lugarcito en la calle Rodó.

Organización 4. Radio Vilardevoz

Yo soy de Radio Vilardevoz, y quisiera invitarlos este viernes a las cinco de la tarde a la Feria del Libro, donde se va a estar presentando el libro de la Radio, Palabras Impacientes, que recoge los trabajos, poemas, acontecimientos, anécdotas de cada uno de los participantes del taller de escritura en estos últimos años. Ya se hizo una presentación previa en La Diaria. El libro se agotó y este año se hizo una reedición.

Organización 5. Cooperativa de empanadas

Nosotros, desde la cooperativa de empanadas, nos sentimos incentivados, nos apoyamos unos a otros, nos damos fuerza. Lo lindo de todo eso es que el esfuerzo que hacen los psicólogos; ellos sienten que no es en vano, que el grupo sale adelante. Estamos dejando la vereda de la enfermedad para pasar a la vereda del trabajo. No rechazándola, pero sacándonos un poco la enfermedad de encima. No vamos a dejar de tomar las pastillas... siempre con orden las cosas.

Organización 6. Asociación ASUMIR

La asociación tiene representantes en todo el Uruguay, pero su sede está en Montevideo. Tenemos grupos que se están formando en el interior a través de Patronato. Fuimos convocados por la Asociación de Usuarios de Salud Pública

y Privada, de la cual somos parte. Hace poco tuvimos una reunión y somos alrededor de cincuenta... hay integrantes de Sayago, Sur Palermo, de Patronato.

Organización 7. Bibliobarrio

Es una biblioteca que comenzó de a poco. Somos un grupo de trabajadores y estamos luchando por una biblioteca popular. Además tenemos una editorial con materiales reciclados... Comenzó todo con un proyecto de Extensión y ahora la manejamos nosotros, gente con patologías psiquiátricas.

Nos sentimos muy cómodos; estamos buscando un lugar en la sociedad a nivel laboral. Lo que se busca es una autogestión como biblioteca y editorial, que haya igualdad para todos porque somos un grupo. Presentamos un proyecto al Mides pero no tuvimos suerte.

Luego se revisa colectivamente la situación en el interior del país. Se comenta que en la Regional Centro, las disposiciones del Decreto 305/011 no se estarían cumpliendo, en especial en lo que hace a los plazos y se considera que su puesta en práctica demandará más tiempo del previsto, principalmente en el caso de las mutualistas.

En el caso de los prestadores de Salud Pública, existen respuestas (incluso anteriores al plan) para aquellas situaciones de mayor severidad; sin embargo, el resto de las situaciones están siendo semicontempladas. A partir de las jornadas sobre Rehabilitación que se hicieron en el MSP, se entiende que una de las principales carencias que existen en nuestro país (y en nuestro sistema de salud) es la falta de sistematización de la información.

En el caso de la Regional Norte, concretamente en el hospital departamental xxx, a instancias de su director (que es licenciado en Enfermería), se habría conformado un grupo interdisciplinario el cual trabaja sobre la identificación diagnóstica temprana, en áreas problemas concretas: prevención con embarazadas, cesación de tabaquismo, contaminación por agrotóxicos, y actualmente se estaría implementando un espacio para atención de los adolescente. El equipo técnico que lleva adelante este emprendimiento en el sector público de esa localidad está integrado por: un médico de familia (el único que hay en el hospital), dos enfermeros, una psicóloga, una psiquiatra y un agente comunitario. El problema es que estos programas no contarían con presupuesto por parte del MSP, por lo que estaría en riesgo su sustentabilidad.

Se informa que en el departamento de Artigas existe una consejería telefónica que brinda atención a situaciones de consumo problemático de drogas. Esta, al parecer, también funcionaria sin presupuesto del MSP, solo a iniciativa de un equipo de Salud Mental de esa Regional.

Agregan que, además, existen varios dispositivos que funcionan sin financiación con trabajo voluntario o con grupos organizados de la sociedad civil:

[...] el nuevo plan de Salud Mental no se ocupa de la tercera edad. Es una problemática fundamental que merece ser tenida en cuenta. Lástima ver que ante la disyuntiva tal vez se deje fuera a los veteranos, que han dejado su vida

trabajando y finalmente queden relegados o de no ser así, no son atendidos, entonces estaríamos hablando de omisión y eso sería terrible.

Además de la falta de financiamiento en el sector público, otros comentarios que se logran registrar expresan preocupación por los tiempos de espera. Alguien comenta:

A mi entender, lo que no se logra resolver con el plan son los tiempos de espera ante la urgencia mayor o la internación restringida a treinta días al año; donde aún no se ha logrado una estabilidad mínima ni flexibilizar los plazos. Y de esto van a tratar de zafar, sobre todo las mutualistas, porque es muy caro un día de internación. La Comisión le mete trabajo para arreglar la marcha en cada uno de los prestadores pero lo que hace falta es fiscalizar más para que de verdad se cumpla con el plan. El plan está bueno, pero los privados se matan de risa, y dicen «sí, sí» pero hacen lo que les sirve.

Otros participantes insisten en que la mayor dificultad está en que los prestadores, no solo no apuestan a la rehabilitación, sino que:

[...] generalmente un solo profesional decidiría la «suerte» del usuario. Por otra parte, el tener que brindar apoyo a la familia y su entorno e involucrar a otros técnicos, es decir, agrandar la cancha de las personas afectadas, que es una forma de luchar contra la marginación que se hacía, ni bien aparecía un síntoma, una anomalía, algo fuera de lo común, ¡zas! Ya no solo serán los medicamentos, las compañías del usuario, sino que tendrían otras alternativas que le ampliarían su horizonte.

Retoman la palabra los representantes del MNUSPP para insistir en que se debería exigir con mayor énfasis el cumplimiento de las prestaciones de acuerdo a lo que ha sido establecido en el Decreto 305/011. Al respecto dicen:

[...] es el único camino que tenemos los usuarios de asegurarnos que la implementación sea de verdad y que no quede en planillas que dejan contentos a los jefes, pero que lamentablemente no responden a la realidad. Son los delegados que deben controlar que se cumpla.

Desde otro colectivo alguien agrega, con evidente experiencia sobre las problemáticas de la patología psiquiátrica:

Todo plan se puede perfeccionar y se hace sobre la marcha y es sobre las situaciones no previstas que se presentan, que debe ir mejorándose y no poniendo palos en la rueda a su implementación por inviable. Los Comités de Recepción, si bien de primera no son obligatorios para el usuario, en el transcurso del tiempo debieran considerarse, pues es una garantía que haya más de una mirada sobre un problema o una patología; y sabemos bien que cuando te das cuenta, es porque hace pila que ya está instalada.

Tratando de aportar alternativas, un representante del interior propone la intervención de grupos no profesionales en los abordajes de estas áreas problema tan graves de la enfermedad mental:

Los grupos de autoayuda son muy resistidos; no solo por los prestadores, también existen resistencias a nivel popular por la tendencia de autoexclusión y

como la avestruz de meter la cabeza bajo la arena. Pero bien podrían servir como acciones de prevención. Por eso es muy importante divulgar que existe esta alternativa para que vaya decreciendo la tensión.

Estas organizaciones están centradas en la órbita de lo que serían los trastornos psiquiátricos graves y persistentes. Estas situaciones de vida revisten tal grado de complejidad y desplazamiento de los vínculos comunitarios, que se vuelve comprensible, cuando no es naturalizado, que se sientan como ellos dicen: «el último orejón del tarro», en un mundo trivializado por el mercado que tiene al diferente estigmatizado cuando no excluido del lazo social; donde cada vez parece más difícil evitar «ser descalificado por tener una enfermedad psiquiátrica».

Para finalizar

Algunas conclusiones

Latinoamérica cuenta una larga y triste historia donde se entrecruza el terrorismo de Estado y la preservación de una sociedad fragmentada, donde la violación de los derechos humanos no solo atañe a la conflictividad política partidaria, sino también al distanciamiento entre grupos sociales, entre el tener y no tener no solo bienes materiales y satisfechas las necesidades básicas, sino también los privilegios de unos pocos a costa de la dignidad de vastos sectores de población.

Sin duda, el tema de los derechos humanos es más amplio que la más grande de las definiciones de Salud Mental. Aunque en el terreno epistemológico se aborden como campos independientes, al hablar de Salud Mental, se está hablando de derechos humanos. Acaso la vulneración de derechos, no sería determinante de malestar social y sufrimiento mental. Ambos conceptos, con frecuencia, son tratados como conceptos polisémicos por políticos, técnicos y por la propia ciudadanía.

El concepto de Salud Mental sin duda es un componente de la concepción de Salud que involucra un entramado complejo de factores biológicos, psicológicos, económicos, políticos y sociales. Desde una perspectiva integral de la condición humana, concibe al hombre en su contexto relacional, deteniéndose en los fenómenos colectivos sobre la idea de procesos que trasciende el sistema sanitario para ser parte de la acción social.

En todos los niveles de nuestro relevamiento, se hace ostensible la diversidad de significados atribuidos al concepto de Salud Mental que confirma nuestra premisa de que se trata de un concepto polisémico que no ha sido suficientemente discutido.

Sin duda se sigue hablando de Salud Mental para hablar de enfermedad, del mismo modo que aún no se discrimina entre malestar y trastorno. Sin desconocer la existencia de enfermedades mentales de distinta naturaleza, es necesario reposicionar la categoría sufrimiento para discriminarlo del concepto de enfermedad en el espectro de las desigualdades sociales.

Tal como se concibe socialmente, el sufrimiento social sería un fenómeno individual propio de la civilización moderna como componente estructural, que confronta con toda conceptualización de bienestar colectivo, donde el sujeto parece ya no más necesitar implicarse en su propio sufrimiento.

Por su parte, la desigualdad social tiene un componente relacional que nos interroga sobre los valores que sostiene el conjunto de la sociedad que demarca la frontera entre los incluidos y los excluidos. El problema no se resuelve corriendo de un lado al otro la frontera, sino se reconoce la existencia de una barrera político-social que transversaliza las instituciones sociales y también las subjetividades.

Por lo expuesto, resultan insuficientes los instrumentos de protección social generados por el Estado de Bienestar porque las viejas formas ya no bastan para corregir las desigualdades. Estas tampoco parecen ser corregidas por la lógica de mercado del modelo neoliberal, dado que se requiere de nuevas políticas públicas que contengan en sí funciones integrativas y redistributivas más que reproducir y profundizar el carácter segmentado y excluyente de la sociedad.

El dilema está instalado en el modelo de desarrollo social hacia el que se dirigen los uruguayos. En el relevamiento realizado en este estudio, queda expresada la encrucijada central entre elegir el modelo de desarrollo humano sobre la base de la ampliación de los derechos ciudadanos o el modelo de libre mercado a través de la profundización del individualismo.

El concepto central del PIPSM-SNIS se perfila en la línea de la transformación social, porque el fin es disminuir las desigualdades de acceso a las prestaciones y elaborar programas que sean herramientas de transformación sanitaria para fomentar el bienestar por mediación de vínculos saludables del sujeto consigo mismo, con los demás y con el espacio material y de convivencia social que lo contiene. Por tanto, una de las singularidades que distinguen a esta política, cualquiera fuere el espacio de las prácticas, se orienta a la promoción del desarrollo social y la universalización de los derechos a la salud y a la Salud Mental como uno de sus componentes centrales.

Según nuestro relevamiento documental, la normativa en la materia en el país se remonta a principios del siglo XX. En algunos casos, estas disposiciones se han vuelto obsoletas, mientras que en otros, parecen no haber perimido.

Por ejemplo, el texto de la Ley 11.139 por el cual se crea el Patronato del Psicópata de 1948 establecía un cuerpo de normas de protección de los enfermos mentales que comprendía todas las etapas de tratamiento, según se practicaba por aquella época («hospitalización y convalecencia»). Además, esta ley señalaba la importancia de asesorar y apoyar al enfermo mental a reintegrarse a la sociedad e incorporar a los familiares en el marco de las intervenciones. En el área de la reinserción social promovía fundar un «Hogar Taller» que le posibilitara la realización de actividades remuneradas adecuadas a sus posibilidades. Sin duda esta ley, aún tiene vigencia y a 66 años de promulgada el país no la ha podido concretar en los hechos de forma universal, por más que han existido valiosas experiencias aisladas, fundamentalmente en el sector público.

Alcanzaría con comentar que en las IAMC hasta setiembre de 2011 en que se decretó el PIPSM-SNIS, solo se brindaba consulta psiquiátrica ambulatoria y 30 días de internación psiquiátrica al año. Las restricciones en el tiempo de

internación aún no se han podido revertir. Mientras que el debilitado sector público, a pesar de las grandes dificultades, ha sido el que desde hace años carga con toda la responsabilidad. Admite el ingreso gratuito de los afiliados a la mutualista en los programas de rehabilitación psicosocial y en el caso de los internados que han superado los 30 días de cobertura previstos por las IAMC, los ingresa en el Hospital Vilardebó.

A partir de la nueva normativa, estos dispositivos en el sector público se han replicado en distintos puntos del país, y las internaciones ahora se hacen con mayor frecuencia en los hospital generales departamentales. Por su parte, las IAMC, ahora que están obligadas a ampliar la oferta asistencial, disputan la migración de afiliados de una a otra institución, mediante anuncios publicitarios y portales de internet donde se ufanan de implementar innovaciones en las prestaciones en Salud Mental, como si fueran iniciativas propias de las empresas.

Desde el ángulo político, más allá de estas anécdotas, sin duda el PIPSM-SNIS ha sido un avance en el derecho a la salud de la población y es interesante ver cómo poco a poco, esta política es transversalizada a nivel intersectorial con otras, como el Plan Ceibal, la ley de interrupción voluntaria del embarazo, la lucha contra la violencia y contra el narcotráfico a través de la legalización de la marihuana, entre otras tantas, que le han dado visibilidad internacional al país.

El plan también contempla todas las áreas que le darían viabilidad y sustentabilidad al sistema. Establece de forma clara el funcionamiento global del plan, los derechos y obligaciones de los usuarios, la conformación de los equipos y la forma de contratación de los trabajadores, las prestaciones y la forma de financiamiento a través del Fonasa a que están sujetas las instituciones, etc.

El PIPSM-SNIS prevé detalladamente la forma de sustentabilidad económica, aunque, según lo aseguran públicamente las autoridades del Programa de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, el incremento presupuestal prometido para el sector público no se habría efectivizado, siendo que allí, desde hace años ya se vienen procesando estos cambios en la atención.

El problema es que la lógica de gestión de las mutualistas desde hace un par de décadas se traslada de los principios de organización sin fines de lucro a la lógica empresarial de minimizar gastos e incrementar el capital. Esto conspira contra la «vocación reformista» de las nuevas políticas, ya que estas instituciones, al parecer pretenden seguir sosteniendo esta última ecuación, cumpliendo mínimamente con los requerimientos exigidos por el PIPSM-SNIS en la medida que este fuera capaz de sanear sus estados contables.

Desde el punto de vista de las prácticas, el PIPSM-SNIS parece estar bien formulado como sistema de atención integral a la Salud Mental. De algún modo propone poner en marcha en el ámbito nacional, acciones concretas de prevención y cuidado de la salud incorporadas a través del Modo 1 y 2, de probada eficacia que se vienen desarrollando de una u otra forma en los servicios públicos y han sido evaluados empíricamente por la experiencia universitaria del Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales del Hospital de Clínicas.

Según los datos que hemos recabado durante 2012-2013, a través de la Dirección de Salud Mental de ASSE se articula con los organismos agrupados en la RIEPS y se subdivide operativamente el territorio nacional en cinco regionales de Salud. Se han creado Unidades de Salud Mental en todos los efectores del país y se ha designado al menos un coordinador en cada una de ellas. En la mayoría, además, se habrían nombrado referentes para la resolución de las consultas en situaciones de riesgo (problemática suicida, uso problemático de drogas y violencia doméstica). En menor medida se habrían puesto en marcha varios abordajes grupales y se habrían incorporado dispositivos de rehabilitación psicosocial para las personas con trastornos graves y persistentes.

Según nuestros datos, las IAMC, en general, se han restringido a cumplir estrictamente con las mínimas prestaciones exigidas, como disponer de medicación antipsicótica, designar un coordinador y al menos un referente según problemática, crear algún tipo de dispositivo al que llaman Comité de Recepción, aunque poco se informa sobre su integración y funcionamiento. En varios casos, se habría implementado algún dispositivo psicoterapéutico grupal.

En cuanto a los registros y sistematización de las intervenciones, se remiten a enviar las planillas con datos sobre número de consultas, lista de espera y otros ítems requeridos en el formulario del MSP. Los informes a que hemos accedido son de cuestionable calidad, dado que con frecuencia las cifras no cierran. Por ejemplo, cuando al informar sobre el número y tipo de contrato de los técnicos, no se discrimina el volumen horario ni se informa si se trata de personal de planta o de contratos flexibles, por cuanto esta información finalmente no correlaciona con el número de horas técnico reportado.

En general, los informes presentan exclusivamente datos cuantitativos muchas veces contradictorios, que señalan grandes inequidades en las condiciones de trabajo de los distintos técnicos, con magra creatividad de las innovaciones incorporadas y de las prestaciones efectivamente realizadas.

Lo que no parece haber dado resultados alentadores es la complementariedad público-privada de la que tanto se habla. En los hechos esto se expresa en las distintas formas de división del trabajo que asume el sector, los roles profesionales de quienes realizan la toma de decisiones y de quienes ofician como operadores finales de las nuevas prestaciones. A su vez, refieren a los mecanismos de participación de los usuarios creados en los consejos consultivos por ejemplo, donde estos aseguran tener escasa incidencia en las decisiones y menor consideración en la determinación de los lineamientos en cuanto a la visión y la gestión del plan.

Por nuestra parte, nos preguntamos si acaso es posible la reconciliación de sectores que representan intereses diametralmente opuestos y si las divergencias necesariamente se deben dirimir en el terreno de las contradicciones, o se pueden trasladar al terreno de la negociación colectiva, como se hace en otras políticas públicas con buenos resultados.

Los profesionales, por su parte, están siendo conmocionados porque de golpe se encuentran en una intersección problemática donde convergen los distintos

intereses a que responden los diferentes actores del sistema. Para el caso de psiquiatras y psicólogos, que hasta hace poco solo se desempeñaban en el ejercicio liberal de la profesión, el espacio institucional de los servicios de salud los constriñe con reglamentos y controles y a su vez las prácticas que tienen que desarrollar les generan cuestionamientos metodológicos y también ético políticos.

Los psiquiatras temen perder espacios de poder y la gerenciación de las actividades relativas al PIPSM-SNIS. Tal vez estas prestaciones ubicadas en el ámbito comunitario, sumado al activismo por la desmanicomialización de los movimientos sociales, hacen que el corporativo se sienta amenazado en las fortalezas que da el ámbito protegido del hospital tradicional a las prácticas médicas.

Los psicólogos, por su parte, por primera vez tienen la alternativa de insertarse como trabajadores en las instituciones de salud, lo que a pesar de las diferencias salariales que existen, de la precariedad de los contratos y de la flexibilización laboral, les permite acceder a cargos relativamente estables como históricamente han tenido otros técnicos (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.).

Lo que no está previsto en el PIPSM-SNIS y pasa casi inadvertido en el relevamiento realizado es la necesidad de incorporar la supervisión y capacitación permanente no solo para cuidar a los cuidadores y ofrecer garantías éticas a la población, sino también para optimizar las intervenciones y disminuir costos, por ejemplo de internación, al prevenir la cronificación del sufrimiento.

Según lo relevado con los actores académicos, estas reformas políticas estructurales reclaman la formación de recursos humanos especializados en este tipo de prácticas ya sea a través de posgrados o creando carreras nuevas, lo que parece más difícil de hacer. También existiría déficit en la formación en planificación estratégica de servicios de salud en el primer nivel de atención, de modo de impedir que se reproduzca allí el modelo médico hospitalario o el de la práctica privada de consultorio, sino desarrollar esa forma particular de hacer que habilita el espacio comunitario.

En este sentido los académicos jerarquizan la necesidad de seguir investigando en clínica e investigaciones psicosociales del más alto nivel e incrementar el apoyo de proyectos de diseño evaluativo, el fomento de la interdisciplina, la apuesta a la excelencia en la gestión de programas de cuidados con participación organizada de la comunidad.

Desde la perspectiva de los usuarios, la «vocación reformista» también parece quedar interpelada. El imaginario colectivo parece no advertir el estado de deterioro en la convivencia social y todo aparenta quedar reducido a lo efímero de un comentario de prensa, a la noticia del día en un proceso que poco a poco va desdibujando cuando no naturalizando el conflicto. Más allá de los discursos de los usuarios por la desmanicomialización, estos terminan reclamando insistentemente al Estado que se ocupe del problema de los trastornos graves y persistentes y que obligue a las mutualistas a ampliar los días de internación psiquiátrica.

La «vocación reformista» también es interrogada cuando algunos de los representantes de los movimientos de usuarios reciben remuneración. Esto que

es absolutamente comprensible, porque si no parece difícil disponer de tiempo para una actividad no remunerada, a su vez produciría una distorsión porque estos agentes deben pasar del rol de ciudadano al de funcionario. Esto supone asumir responsabilidades asignadas de dirección en la conducción y gestión de una política de Estado, que parece descolocar a los protagonistas y desconcertar a sus representados.

A su vez, los representantes de los usuarios ante la Junasa, tal vez no sean seleccionados por su involucramiento en el tema, sino por su compromiso y voluntad de aportar en el proceso de reforma del sistema de salud. Se trata de un conjunto de usuarios muy motivados, pero que solo representarían a las poblaciones de mayor edad según el promedio relevado. Sin duda es muy difícil para poblaciones más jóvenes dedicar horas al trabajo militante.

Según advierten los propios indagados, el gran desconocimiento que tienen sobre el catálogo de prestaciones en Salud Mental contenidas en el SNIS va en detrimento de la calidad de la participación de estos representantes en las decisiones políticas y de gestión. A su vez se muestran muy sensibilizados por los problemas en la esfera psiquiátrica, en especial de las personas con trastornos graves y persistentes. Tal vez esta situación queda explicada por la escisión conceptual que advertimos que existe entre salud y Salud Mental que podría estar asociada a las variadas representaciones que se tienen respecto de estos conceptos.

También en el caso concreto de estos informantes calificados, no podemos dejar de advertir la contradicción que existe en sus planteamientos. Al tiempo que se pronuncian públicamente por la demanicomialización, reclaman al Estado que se amplíe el tiempo de internación que cubren las mutualistas. Como sociedad civil organizada, estos grupos parecerían no haber alcanzado un nivel propositivo consolidado en los argumentos, que reivindicara los tratamientos combinados que incluye: medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial y todo el espectro de intervenciones comunitarias de probada eficacia y de beneficios para la población.

La experiencia percibida por los usuarios no organizados tanto del sector público como privado parece indicar que los cambios operados aún no son observables o al menos medianamente visibles y se expresan decepcionados y con altos índices de desconformidad. Probablemente esto responda a que se sabe que gran parte de la reforma tributaria ha sido destinada al SNIS. Esto tiene efectos inmediatos en los ingresos y en la vida cotidiana de los hogares, por los aportes que deben hacer quienes tienen ingresos formales para solventar las políticas sociales focalizadas en poblaciones vulnerables (lo que hace que muchos hablen del impuesto al trabajo o a la clase media).

Esto aumenta las exigencias al SNIS y existe tal grado de desinformación que se cree que todo lo que entraría en el polisémico paquete de prestaciones en Salud Mental, serían ahora de respuesta obligatoria por parte de los prestadores. Por ejemplo, alarma a la población las tasas moderadoras que sitúan a la psicoterapia con aranceles por sesión iguales a los fijados por la Coordinadora

de Psicólogos para la consulta privada. Siendo que, en realidad, la población objetivo del PIPSM-SNIS, solo se restringe a usuarios expuestos a riesgo, a adultos menores de 25 años y a trabajadores de la Salud y la Educación. El resto de la población no estaría en principio contemplada.

El impacto que ha tenido este plan, sobre todo por los cuestionamientos y resistencias observados en nuestro estudio, parece desproporcionado con el alcance de sus propósitos. El PIPSM-SNIS no es una ley de Salud Mental ni se trata de una reforma del sector psiquiátrico. El sistema de atención preexistente ha quedado intacto y el Decreto 305/011 solo obliga a adicionar una serie de prestaciones básicas de prevención y cuidados en Salud Mental en el primer nivel de atención.

El proceso de revisión política y de gestión en la atención a la Salud Mental en el Uruguay, no constituiría en sí mismo un proceso de reforma de la matriz de bienestar. Más bien, se trataría de una reorientación de las políticas, dado que el sistema precedente ha quedado intacto (predominio de las decisiones mayoritariamente psiquiátrico, cobertura parcial en los prestadores privados limitando el tiempo de la internación por exigencia del sector, acciones improvisadas en el primer nivel de atención, etc.). Este reordenamiento de las prioridades políticas, se da en un escenario donde coexisten distintos modelos de financiamiento: tercerizaciones, privatizaciones o semiprivatizaciones, coparticipación público-privado, donde se anexan nuevas prestaciones de tipo focalizado con tasas moderadoras adicionales.

Pareciera sobreentenderse, que el impacto de estas políticas se encuentra supeditado a las relaciones siempre tensas entre los distintos grupos de interés que disputan los beneficios derivados de los procesos de la mercantilización, que moviliza enormes réditos económicos sectoriales propios del capitalismo avanzado.

Estos procesos dentro de la lógica de mercado, no solo tienen efectos sobre los sujetos ya que desvanecen los conflictos sociales y los transforma en disfunciones individuales, sino que, además, reclama la intervención profesional en los espacios siempre conflictivos de las instituciones y de las empresas donde operan agentes poderosos, (los hospitales psiquiátricos, las clínicas privadas, las casas de salud, las ONG, la industria farmacológica) donde tienen lugar las inequidades salariales y disputas por el campo ocupacional, entre otras tantas dificultades en pugna.

Por otro lado, estas innovaciones no son una originalidad del Uruguay, sino que surgen de los acuerdos que desde el Encuentro de Caracas en 1990 se vienen haciendo en los organismos internacionales y que están siendo monitoreados a través de instrumentos como el IESM-OMS y las recomendaciones sobre Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental.

El punto es que, como se ha argumentado extensamente en el cuerpo de esta tesis, las características sociodemográficas y la falta de cultura de la evaluación que tenemos los uruguayos, hacen que estas metodologías fracasen. Por ello sería necesario recurrir a metodologías que combinen procedimientos para hacer el seguimiento de las políticas con instrumentos acordes a nuestro volumen poblacional

para evitar la desviación estadística o el exceso de registro del ítem «sin datos», como sucedió con el informe IESM-OMS de 2010 ya comentado.

También es necesario encontrar mecanismos para superar la evaluación del control organizacional que burocratiza las prácticas y desarrollar una cultura de evaluación estratégica, de menor peso persecutorio que las contenidas en las plantillas que deben completar las IAMC. Existen procedimientos como los propuestos por la Escala de Verona, que según nuestra experiencia, se adecuarían a nuestra realidad y podría tener efectos de supervisión institucional si se acompaña de encuentros entre técnicos y de ateneos periódicos, como se ha hecho durante los 28 años de desarrollo del Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas.

Para terminar, hay que subrayar que durante 2012-2013 se recorrió en términos históricos y operativos, un camino que si bien no se sabe hacia dónde se dirige, porque como decíamos antes, depende del modelo de desarrollo que finalmente decida recorrer la sociedad uruguaya en su conjunto, en lo estrictamente relativo al campo de la Salud Mental es un camino que podrá sufrir avances y retrocesos, pero que ya no tiene retorno a las viejas modalidades de atención. Al menos, se ha alcanzado el consenso por parte de todos los actores, que la Salud Mental entre otras, es un área prioritaria que compromete los derechos humanos esenciales para el desarrollo social del país.

El riesgo es, como se intenta mostrar en este estudio, que en el terreno de las prácticas, surjan procesos sociopolíticos que en la suspicacia, nos vuelvan a los agentes implicados, cómplices de un perverso modelo social, económico, político y ético que en lugar de «disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales», las profundice creando nuevos estamentos de una sociedad cada vez más fragmentada.

Fuentes documentales

- Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. Disponible en: <http://www.asse.com.uy/uc_5342_1.html>. Fecha de consulta 2013-2014.
- Anteproyecto de Ley de Salud Mental (2009). Disponible en: <http://www.vilardevoz.org/wp-content/uploads/2013/01/10_09_ANTEPROYECTO_DE_LEY_DE_SALUD_MENTAL_DE_LA_ROU.pdf>.
- Biblioteca Cochrane. Portal da Pesquisa Biblioteca Virtual em Saúde bvs. Disponible en: <<http://bvsalud.org/exclusao-da-biblioteca-cochrane-da-bvs/>>. Fecha de consulta 14/8/2014.
- Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Centro Martínez Vizca. Disponible en: <<http://centromartinevizca.org.uy/recursos-humanos-2/>>. Fecha de consulta 24/4/2014.
- Historia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Disponible en <<http://www.rehabilitacioncnrp.org/historia.html>>. Fecha de consulta 24/2/2013.
- Comisión Supervisora de Derechos Humanos en Salud Mental (CSDHSM). Disponible en: <http://www.psicologos.org.uy/documentos09/09_COMISION_SUPERVISORA_DE_DERECHOS_HUMANOS_EN_SALUD_MENTAL.doc>. Fecha de consulta 12/9/2014. Fecha de consulta 3/10/2011.
- Decreto 305/2011. Inclusión en el Decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011/1>>.
- Decreto 117/971. Creación del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, como Dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, y que en 1974 crea el Taller Protegido. Disponible en: <http://www.cnhd.org/legislacion/mostrar_ley/48.htm>. Fecha de consulta 12/9/2014.
- Decreto 366/2011 Ref. 001-3-5052/2011 del Poder Ejecutivo y Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/10/msp_110.pdf>. archivo de Presidencia.
- Diplomatura en Psicoterapia en los Servicios de Salud, Escuela de Graduados de la facultad de Medicina Universidad de la República, Udelar. Disponible en: <<http://diplo-pticoterapia-servicios-salud.blogspot.com/>>. Fecha de consulta 2013-2014.
- Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI). Normas mínimas para la formación de psicoterapeutas acreditados por la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI). Disponible en: <<http://fupsi.org/fu/documento-aprobado-en-su-formato-definitivo-en-la-asamblea-general-extraordinaria-del-4-de-diciembre/>>. Fecha de consulta 7/7/2014.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2004). Estimaciones de pobreza por el método de ingreso 2003, Montevideo. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/ECH_2004_Pobreza.pdf>. Fecha de consulta 20/5/2014
- (2010). Anuario Estadístico. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/anuario2010/pdf/ANUARIO_TOTAL.pdf>. Fecha de consulta 27/1/2013.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011). Principales Resultados Encuesta Continua de Hogares 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2011/Principales_resultados_2011.pdf>. Fecha de consulta 20/5/2014.
- Ley 18.161 de 2007. Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Uruguay. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18161&Anchor=>>. Fecha de consulta 7/2/2013.
- Ley 11.139 de 1948. Creación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=11139&Anchor=>>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- Ley 13.711 de 1969. Diagnóstico de Retardo Mental. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=13711&Anchor=>>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- Ley 16.095. Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, Comisiones Departamentales Honorarias, Comisiones Regionales y Subcomisiones, y de un Sistema de Protección Integral. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=16095&Anchor=>>. fecha de consulta 10/9/2014
- Ley 17.154. Normas relativas al ejercicio del psicólogo. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17154&Anchor=>>. Fecha de consulta 28/8/2014.
- Ley 18.131. Creación del Fonasa. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18131&Anchor=>>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- Ley 18.211. Decreto 305/11 sobre el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el marco del SNIS. Disponible en: <http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/08/cons_min_367.pdf>. Reiteradas consultas, última fecha 14/9/2014.
- Ley 18.211. Decreto 464/008. Compromisos de Gestión de la Junasa. Disponible en: <<http://www.impo.com.uy/copetes/pdf/20081009/indice.pdf>>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- Ley 18.211. Decreto 465/008. Programas Integrales de Salud. Catálogo de Prestaciones. 3 de octubre de 2008. Disponible en: <<http://www.elderechodigital.com/acceso1/legisla/decretos/do800465.html>>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud (2008). Disponible en: <<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- Ley 18.335. Decreto 45/008 Poder Ejecutivo-MSP. Catálogo de Prestaciones del SNIS. (2008). Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2227,15436>>.
- Ley 18.335. Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los Servicios de Salud. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>>. Fecha de consulta 10/9/2014.
- Ley 18.719. Decreto del Poder Ejecutivo 392/12 del 27/12/12 por el cual se reglamenta el art. 741 de la Creación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS). Disponible en: <http://www.ase.com.uy/uc_6138_1.html>. Fecha de consulta 10/12/2013
- Ley 9.581 de 1936. «Asistencia a Psicópatas». Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=09581&Anchor=>>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- Ministerio de Desarrollo Social (Mides). Documentos de evaluación y Monitoreo. Consulta de varios documentos. Disponibles en: <<http://www.mides.gub.uy/mides/contenedor.jsp?icons=no&contentid=2784&site=1&channel=mides>>. Fecha de consulta 15/6/2013

- Ministerio del Interior (2013). Secretaría de Comunicación, Presidencia de la República, Ministro Eduardo Bonomi Noticias, 14/3/2013. «En el último año las víctimas de homicidio con antecedentes crecieron un 52 %». Disponible en: <<http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/bonomi-adm>>. Fecha de consulta 15/7/2013.
- (2012). Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, Informe Anual sobre Violencia y Criminalidad en todo el país Año 2012. Disponible en: <<https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/stories/2012.pdf>>. Fecha de consulta 15/7/2013.
- Secretaría de Comunicación. Presidencia de la República, Ministro Bonomi Noticias, 14/3/2013. En el último año las víctimas de homicidio con antecedentes crecieron un 52 %. Disponible en: <<http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/bonomi-adm>>. Fecha de consulta 15/7/2013.
- (2012). Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Informe Anual sobre Violencia y Criminalidad en todo el país Año 2012. Disponible en: <<https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/stories/2012.pdf>>. Fechas de consulta 15/7/2013 y 18/12/2013.
- Ministerio de Salud Pública-Junta Nacional de Salud (MSP-Junasa) (2008). Derechos de los usuarios. Uruguay. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_3061_1.html>. Fecha de consulta 7/2/2013.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (1986). Plan Nacional de Salud Mental, Uruguay. Disponible en: <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan %20Nacional %20de %20Salud %20Mental %201986.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf)>. Fecha de consultas reiteradas 1986-2014.
- (2001). Decreto 455/001. Marco Regulatorio de la Asistencia Médica, aprobado por el Presidente de la República en acuerdo con el Ministro de Salud Pública. Disponible en: <<http://archivo.presidencia.gub.uy/noticias/archivo/2001/noviembre/2001112210.htm>>. Fecha de consulta 26/8/2014.
- (2007). Comisión Asesora Técnica Permanente CATP, Programa Nacional de Salud Mental PNSM. Grupo de trabajo n.º 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. Documento de Octubre 2007. Uruguay.
- (2008). Decreto 359/08. Comisión de Bioética y Calidad de Atención, Dirección General de la Salud. Uruguay. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/institucional/comision-de-bioetica-y-calidad-integral-de-atencion>>. Fecha de consulta 4/4/2013.
- (2008). Catálogo de Prestaciones —SNIS—. Disponible en: <[http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud %20Mental %20- %20Prestaciones.pdf](http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20-%20Prestaciones.pdf)>. Fecha de consulta 2011-2014.
- (2011). Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental PIPSM. Disponible en: <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan %20de %20Prestaciones %20en %20Salud %20Mental.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf)>. Fecha de consulta 2011-2014.
- (2014). Tasas Moderadoras para las IAMC precios ajustados a enero 2014. Disponible en: <[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Tasas %20Moderadoras %20- %20enero %202014.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Tasas%20Moderadoras%20-%20enero%202014.pdf)>. Fecha de consulta 28/2/2014.
- (2012). Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área Ciclos de Vida, Programa Nacional de Salud Mental, Coordinadora de Psicólogos (CPU). Segunda etapa de evaluación del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <<http://www.yumpu.com/es/document/view/34481640/ver-pdf-coordinadora-de-psicologos-del-uruguay>>. Fecha de consulta 2012-2014.

- Ministerio de Salud Pública-Sistema Nacional Integrado de Salud (MSP-SNIS) (2008). Catálogo de Prestaciones. Anexo II, Dirección General de la Salud DIGESA. Disponible en: <https://eva.fing.edu.uy/file.php/286/PIAS_Plan_Integral_de_Atencion_a_la_Salud_-_Prestaciones.pdf>. Fecha de consulta 10/12/2013.
- (2011). Derechos y Beneficios de los Usuarios. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/derechos_%20jubilados_%20y_%20pensionistas_%20fonasa.pdf>.
- Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Uruguay (2008). Informe sobre desarrollo humano en Uruguay 2008. Política, políticas y desarrollo humano. Disponible en: <www.undp.org.uy/getFile.asp?File...pdf&Alias=12-11-2008>. Fecha de consulta 8/3/2012.
- (2012). Indicadores de Desarrollo Humano y Cuadros Temáticos. Disponible en: <<http://hdr.undp.org/es/data>>. Fecha de consulta 4/5/2014.
- Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud (2013). Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del Mercosur República Oriental del Uruguay. Disponible en: <http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/Informe_%20de_%20Salud_%20-%20Uruguay.pdf>. Fecha de consulta 20/5/2014.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2005). Uruguay. Empleo y protección social. De la crisis al crecimiento, Oficina Internacional del Trabajo, Santiago de Chile. Disponible en: <www.oit.org.pe/wdms/bib/publ/.../Uruguay_emple_protec_social.pdf>. Fecha de consulta 14/9/2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Biblioteca oms.
- (2004). Promoción en Salud Mental. Concepto. Evidencia emergente. Práctica. En <http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf>.
- (2005). Prevención de los trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra.
- (2011). Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América del Sur mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sudamerica_12_2011.pdf>. Fecha de consulta 4/4/2014.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). Documento aprobado por el 49.º Consejo Directivo: Estrategia y plan de acción sobre salud mental. OPS, OMS. Washington, D. C.
- (1990). Declaración de Caracas. Conferencia sobre Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina. Caracas. Venezuela. 14 de noviembre de 1990. Disponible en: <https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf>. Fecha de consulta 4/4/2011.
- (2009). Extracto elaborado por el Equipo del WHO-AIMS. Uruguay 2009 del Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html>.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). Marco de referencia para la implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Panamá, 2010 y Washington D. C. Disponible en: <http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sudamerica_12_2011.pdf>.
- Periódico *El Observador* (2013). «ASSE sufre el “impacto negativo” del plan de Salud Mental oficial». Disponible en: <<http://www.elobservador.com.uy/asse-sufre-el-impacto-negativo-del-plan-salud-mental-oficial-n257858>>. Fecha de consulta 30/8/2013.
- Periódico *El Observador* (2013). ASSE sufre el «impacto negativo» del plan de Salud Mental oficial, del 20/08/2013. Disponible en: <<http://www.elobservador.com.uy/noticia/257858/asse-sufre-el-impacto-negativo-del-plan-de-salud-mental-oficial/>>. Fecha de consulta 30/8/2014.
- Periódico *El Observador* (2011). Mutualistas en riesgo financiero por reforma de salud. Por Patricia Madrid, lunes 22/8/2011. Disponible en: <http://www.diariosalud.net/index.php?option=com_content&task=view&id=22550&Itemid=525>. Fecha de consulta 25/10/2012.
- Periódico *El País* (2004). Informe especial «La tragedia escondida» elaborado a partir de notas realizadas a expertos nacionales, Año IV, n.º 204. Publicado el 2/5/2004, Uruguay.
- Periódico *L' Monde*, Miller, Jacques (2003). De la utilidad social de la escucha. Debate sobre la regulación por parte del Estado de las prácticas psicoterapéuticas publicado en *L' Monde* el jueves 30 de octubre de 2003. Disponible en: *L'aperiòdic* virtual de la Secció Clínica de Barcelona <<http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/arxiupdf.php?idarticle=117&rev=22>>.
- Periódico *La República* (2012). Egresados critican falta de prevención y dicen que el paciente es «el gran olvidado» del 2/6/2011. Disponible en: <<http://www.psico.edu.uy/gestion/comunicacion/medios/psic%C3%B3logos-discrepan-con-la-reforma-de-salud-mental-la-rep%C3%BAblica>>. Fechas de consultas reiteradas, la última el 30/8/2014.
- Periódico *Portal 180* (2011). Psicólogos discrepan con plan de salud mental del MSP. Publicado el 5 de agosto de 2011. Disponible en: <http://180.com.uy/articulo/20633_Psicologos-discrepan-con-plan-de-salud-mental-del-ASSE>. Fechas de consultas reiteradas, la última el 30/8/2014.
- Policlínicas Municipales, Intendencia de Montevideo (IM). Disponible en: <<http://www.mon-tevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas>>. Fecha de consulta 2013-2014.
- Servicio Atención Psicológica Preventivo-Asistencial SAPP. Convenio ASSE-MSP/Udelar/Facultad de Psicología. Disponible en: <<http://www.psico.edu.uy/servicios/sappa>>. Fecha de consulta 2012-2014.
- Subrayado informe del 6/5/2013. En 2012 murieron 92 peatones embestidos en accidentes de tránsito. Disponible en: <<http://subrayado.com/Site/noticia/23245/en-2012-murieron-92-peatones-embestidos-en-accidentes-de-transito>>. Fecha de consulta 15/7/2013.

Bibliografía

- ARBULO, V.; PAGANO, J.; RAK, G.; RIVAS, L. y JORCIN, G. (2012). *El camino hacia la cobertura universal en Uruguay*. Disponible en: <http://www.paho.org/uru/index.php?gid=405&option=com_docman&task=doc_download>. Fecha de consulta 28/1/2014.
- ARDUINO, M. y GINÉS, A. M. (2012). «Cien años de la Colonia Etchepare» disponible en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, volumen 77, n.º 1 59-67. Disponible en: <http://www.spu.org.uy/revista/jul2013/07_ASM_01.pdf>. Fecha de consulta 15/11/2013.
- AUGSBURGER, C. (2005). «La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en Salud Mental», en *Revista de Temas Sociales Kairós*, Universidad Nacional de San Luis, año 9, n.º 15. Disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>>. Fecha de consulta 14/2/2012.
- y GERLERO, S. (2005). «La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental», en *Revista de Temas Sociales Kairós*, Universidad Nacional de San Luis, año 9, n.º 15, Argentina.
- ÁVILA ESPADA, A. (2002). «¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de Evolución y los retos profesionales de la psicoterapia», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* n.º 87, Madrid, jul.-sep. 2003. Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n87/n87a05.pdf>>.
- y POCH, J. (1994). *Manual de Técnicas de Psicoterapia*, Siglo XXI, Madrid.
- BARCALA, A. y STOLKINER, A. (2002). «Estrategias de cuidados de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso», en *Jornadas Gino Germani II*, FCS, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, p. 15. Disponible en: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/barcala.rtf>>.
- BARRÁN, J. P. Historia de la sensibilidad en el Uruguay, tomo I (1989). La cultura bárbara (1800-1860) y tomo II (1990) El disciplinamiento (1860-1920), Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
- BATHYÁNY, K.; AGUIRRE, R.; GENTA, N.; PERROTTA, V. y SCAVINO, S. (2014). *Primeros Resultados Proyecto: Cuidados no remunerados en salud: los aportes de las familias y las mujeres al sistema sanitario uruguayo, investigadoras asociadas*. Llamado FCS-CSIC-Udelar- I+D 2012, PNUD, CEPAL, Montevideo.
- BAUMANN, Z. (2004). *Modernidad líquida*, Fondo de Cultura Económica, México DF.
- BERNARDI, R. (1969). «Investigación clínica e investigación empírica sistemática en psicoanálisis», en *Revista uruguaya de psicoanálisis*, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, APU. Disponible en <<http://www.apuguay.org/apurevista/1990/168872471996848506.pdf>>. Fecha de consulta 28/7/2014.
- DEFEY, D.; GARBARINO, A.; TUTTÉ, J. y VILLALBA, L. (2004). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, volumen 68, n.º 2, pp. 99-146, Montevideo. Disponible en: <http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf> fecha de consulta 10/1020 fecha de consulta 28/7/2014>.
- BERNARDI, R. (2011). Video Presentation: Three-Level Model for Observing Patient Transformations Documents - Project Committee on Clinical Observation filmado en diciembre 2011. Disponible en: <<https://sites.google.com/site/clinicalobservation/project-updates/videopresentationthree-levelmodelforobservingpatienttransformations>>. Fecha de consulta 10/5/2014.

- BOURDIEU, P. (1988). *El oficio del sociólogo*, Siglo XXI, Buenos Aires.
- (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Anagrama, Barcelona.
- CABELLA, W. y PELLEGRINO, A. (2010). *El envejecimiento de la población uruguaya y la transición estructural de las edades*, Udelar, Montevideo. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Mesa_30_cabella_pellegrino.pdf> fecha de consulta 1/12/2012. Fecha de consulta 4/5/2014.
- CAETANO, G. (1997). «Algunas consideraciones a propósito del análisis de las relaciones entre lo público y lo privado», en *Los vínculos en la sociedad actual*, AUPCV, Roca Viva, Montevideo.
- (2000). «Lo privado desde lo público. Ciudadanía nación y vida privada en el Centenario» [en línea]. *Sociohistórica*, (7). Disponible en: <http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2819/pr.2819.pdf>.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M. y TORRES GONZÁLEZ, F. (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*, OPS, Washington, D. C. Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165563/1/9275316015.pdf>>. Fecha de consulta 5/3/2012.
- CALVO, J. J. (2014). *El país que se viene. Una visión de largo plazo en relación a las políticas sociales con perspectiva ambiental 2012-2030. Iniciativa Pobreza y Medio Ambiente*, PNUD, Dirección Nacional de Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social, Montevideo.
- CANO, A.; EVIA, V. y APUD, I. (2013). «Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de Montevideo. Estudio de caso Psicología, *Conocimiento y Sociedad* 3 (1), 41-63. Disponible en: <<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/articulo/view/151/113>>.
- CASAS, F. (1998). «Calidad de vida y medio ambiente», en *Revista de Travell Social* n.º 149, Catalunya.
- CASTEL, R. (1984). *La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al psicoanálisis*, Anagrama, Barcelona.
- (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.
- CASTORIADIS, C. (1993). *La institución imaginaria de la sociedad*, Tusquets, Buenos Aires.
- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10: CDI-10. (2004). Madrid, Médica Panamericana.
- Centro Cochrane Iberoamericano. ¿*Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (mbe)?* Disponible en <<http://www.cochrane.es/node/233>>. Fecha de consulta 23/3/2014.
- CERONI, C.; FERNÁNDEZ CASTRILLO, B.; GERPE, C.; MONTADO, G.; PALERMO, A.; PERELMAN, J.; PUERTO, L. y GINÉS, A. M. (1994). «Desarrollo de una propuesta de Investigación en Psicoterapia», en *Investigación en Psicoterapia, Procesos y resultados*, Libro de la Society for Psychotherapy Research, p. 109, Chile.
- CHANOIT, P., (1966) *Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay ops/oms*.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). (2008). Décima Revisión, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C.
- COHEN, H. y NATELLA, G. (2009). «Argentina: el programa de salud mental en la provincia de Río Negro», en Rodríguez J., (editor). *Salud Mental en la Comunidad*, Washington, D. C., Pan American Health Organization, Paltex.

- DAHRENDORF, R. (1983). *Oportunidades vitales. Notas para una teoría social y política*, Espasa Calpe, Madrid.
- DE LELLIS, M. y DI NELLA, Y. (2007). *La perspectiva de derechos humanos en el campo de la Salud Mental*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/derechos_humanos.pdf>. Fecha de consulta 22/8/2013.
- DE MARTINO, M. (2001). «Políticas sociales y familia. Estado de bienestar y neoliberalismo familiarista», en *Revista Fronteras*, Departamento de Trabajo Social, FCS, Udelar, Montevideo.
- DE SOUZA MINAYO, M. C. (1995). *El desafío de conocimiento: investigación cualitativa en salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- DE SOUZA, L. y GUERRERO, L. (2005). «Investigación sobre cambio psíquico. Estudio longitudinal en procesos psicoterapéuticos», en Muniz, A. (comp.) *Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos, técnicos y clínicos en la práctica psicológica*, tomo III, 145-155, Psicolibros, Montevideo.
- DE SWAAN, A. (1992). *A cargo del Estado*, Ediciones Pomares-Corredor s.a., Barcelona.
- Declaración de Caracas (1990). Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela.
- DEL CASTILLO, R.; VILLAR, M. y DOGMANAS, D. (2011). «Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay», *Revista de la Facultad de Psicología, Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Universidad de la República. 1(4), pp. 83-96. Disponible en: <<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/articulo/viewArticle/102>>. Fecha de consulta 27/7/2014.
- DURKHEIM, É. (2004). *El suicidio. Estudio de Sociología*. Traducción de Manuel Arranz, Losada, Madrid.
- Eco, H. (1989). *Cómo se hace una tesis*. Versión castellana de Lucía Baranda y Alberto Clavería Ibañez, Gedisa, Buenos Aires.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*, Ediciones Alfons el Magnánim, Valencia.
- FERNÁNDEZ CASTRILLO B.; GERPE, C.; MONTADO, G.; PALERMO, A. y GINÉS, A. M. (2000). «Estudio sobre la persistencia de los efectos terapéuticos en un programa de psicoterapia psicoanalítica», en *Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados, Society for Psychotherapy Research*, (SPR), pp. 349-363, Editora Educat Universidade Católica de Pelotas, Brasil.
- FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. (2006). «Comentarios sobre investigación social», en *Revista Conciencia Social*, n.º 7/8, año IV, n.º 6, Publicación de la Universidad de Córdoba, pp. 31-44, Argentina.
- (2007). «El método de Juan Samaja. Comentarios sobre investigación social», *Revista Salud Problema*, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, <<http://saludproblema.xoc.uam.mx/busqueda.php>>.
- (2007). «Interfase epistemológica entre salud y reproducción social», en *Revista Salud Problema*, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, segunda época. <<http://saludproblema.xoc.uam.mx/busqueda.php>>.
- GERPE, C.; MONTADO, G.; PALERMO, A. Y GINÉS, Á. M. (2008). «El problema de la duración en Psicoterapia en un Servicio Universitario de Salud», en *Memorias de las XV Jornadas de Investigación de la Universidad de Buenos Aires*, UBA, tomo III, pp. 420-422, Buenos Aires.

- FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. (2009). *Complejidad social y salud mental*, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar, Montevideo.
- GERPE, C. Y VILLALBA, L. (2010). *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar, Montevideo.
- FERNÁNDEZ CASTRILLO B.; GERPE, C.; MONTADO, G., PALERMO A. (2010). «Investigación en psicoterapia hospitalaria», en Fernández Castrillo B., Gerpe C., Villalba, L. (comp.), *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar, Montevideo, pp. 209-232.
- FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. (2012) «Salud Mental: un concepto polisémico», *Revista Uruguaya de Enfermería*, Fascículo 2. Disponible en: < http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num13/13_art_04_fern%C3%A1ndez.pdf>.
- (2014). «Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en Salud Mental en el Uruguay 2012-2013», tesis doctoral. Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria, Departamento Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, (inédita),
- (2014). «Salud pública y la salud de la República: el caso de las políticas de nuevas prestaciones en salud mental en el Uruguay progresista» en *Revista Debate Público*, Artículos seleccionados, año 4, n.º 7, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_%20revista_%207/pdf/12_Fernandez%20Beatriz.pdf>.
- (2016). «Las desigualdades sociales y sus implicaciones con el sufrimiento contemporáneo», en Ana Luisa Hounie y Ana Ma. Fernández Carabalo (coordinadoras), *Políticas del dolor. La subjetividad comprometida Un abordaje interdisciplinario de la problemática del dolor*, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar, Montevideo pp. 100-117.
- FILGUEIRA, C. y FILGUEIRA, F. (1994). *El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay*, Editorial Peithos, Montevideo.
- FOUCAULT, M. (1979). *Microfísica del poder*, Las Ediciones de La Piqueta, Madrid.
- (1988). *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Buenos Aires.
- (1990). *Historia de la locura*, Fondo de Cultura, México.
- (2005). *El poder psiquiátrico*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- FREUD, S. (1930). *El malestar en la cultura*, Amorrortu Editores, Madrid.
- GABBARD, G. (2010). «La relación entre la psiquiatría académica y el psicoanálisis está puesta en peligro», *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, volumen 74, n.º 2, pp. 133-138.
- GALENDE, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Paidós, Buenos Aires.
- (1997). *De un horizonte incierto Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*, Paidós, Buenos Aires.
- GARCÉ, A. y YAFFÉ, J. (2005). *La era progresista*, Fin de Siglo, Montevideo.
- GARCÍA R. (1986). «Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos», en E. LEFF (comp.), *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*, Siglo XXI, México.
- GARCÍA, L. (2008). «Historia reciente de la investigación en psicoterapia», en *Revista Psiciencia*, año 1, n.º 1. Disponible en: <<http://www.psiencia.org/index.php/psiciencia/articulo/view/13/32>>. Fecha de consulta 23/3/2014.
- GERLERO, S. y AUSBURGER, C. (2012) (comp.) *La Salud Mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos*, Laborde Editor Argentina, Buenos Aires.

- GIDDENS, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Península, Barcelona.
- GINÉS, Á. M., PUERTO, L., PERELMAN, J., CERONI, C., PALERMO, A., MONTADO, G., GERPE, C. y FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. (1994). «Investigación en un programa de Psicoterapia Psicoanalítica a nivel institucional», Primer Premio Beca de Investigación de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, año LVIII, n.º 328, pp. 59-63.
- GINÉS, Á. M. (1996). «La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente» en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (84-85). Disponible en: <<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/168872471996848519.pdf>>. Fecha de consulta 10/10/2012.
- (1998). «Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, octubre, volumen 62, n.º 2: 37-40.
- (1998). «Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay». Presentado en Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), (material proporcionado por el autor) Disponible en: <<http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>>. Fecha de consulta 15/11/2013.
- (1999). «Hacia una recuperación permanente de nuestra joven y centenaria Psiquiatría», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, volumen 63 (1): 27-43.
- (2003). «La honda de Murguía» en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, volumen 67, n.º 2, pp. 172-180.
- (2004) «Desarrollo y estado actual de la psiquiatría en el Uruguay», presentado en la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), disponible en <<http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>>.
- (2005). «Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el Sistema integrado de Salud», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, volumen 69 (1): 32-41. Disponible en: <http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/01_foro_06.pdf>. Fecha de consulta 10/10/2011.
- PORCIÚNCULA, H. y ARDUINO, M. (2005). «El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades», en *Revista Psiquiatría del Uruguay*, Montevideo, volumen 69: 129-50. Montevideo.
- GOFMANN, E. (1980). *Internados*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- GOODMAN, L. A. (1961). «Muestreo en bola de nieve», en *Annals of mathematical Statistics*, vol. 32, Universidad de Chicago.
- GRANDA, E. (2004). «¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?», en *Revista Cubana Salud Pública* 30(2). Disponible en: <<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>>. Fecha de consulta 11/10/2012.
- (2009). *La salud y la vida*, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), Ministerio de Salud, Quito.
- GUERRERO, L. y DE SOUZA, L. (2005). «Investigación de cambio psíquico en pacientes graves que participan en abordajes psicoterapéuticos», en *Memorias de las XII Jornadas de Investigación*, (279-281), agosto de 2005. Disponible en: <<http://www.coband.org/difusion/jornadas/tomo2.pdf>>. Fecha de consulta 10/10/2011.
- GUIMÓN, J. (2008). *Salud Mental basada en pruebas*, Editorial Universidad del País Vasco-EHU y Core Academic, España.
- HELLER, A. (1982). *La revolución de la vida cotidiana*, Península, Barcelona.

- HERNÁNDEZ, L. J. (2009). «Qué crítica la Epidemiología Crítica: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho», en *Boletín del Observatorio en Salud*, volumen 2, n.º 4.
- HOWARD, K., ORLINSKY, D. y LUEGER R. J. (1994). «Clinically Relevant Outcome Research in Individual Psychotherapy», *British Journal of Psychiatry* 165, 4-8..
- HOWARD, K. Project on Long-Term Psychotherapy: patient, Process and Outcomes. Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Northwestern Memorial Hospital (1988-1993).
- Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR) (2006). *Estudio sobre Armonización*, Proyecto de Asistencia Técnica al Parlamento, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en Uruguay (PNUD), Equipo de investigación y redacción: G. Bardazano, D. Camaño, J. Pan, L. Pedernera, S. Pedrowicz y M. Sbrocca. Disponible en: <<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7809.pdf?view=1>>.
- JIMÉNEZ, J. P. (2014). «15 Años de Investigación en Psicoterapia en el Cono Sur Latinoamericano», ponencia presentada en el Congreso Sudamericano de la SPR: Montevideo, octubre 2006. Disponible en: <<http://c.y.mcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/la/jimenez.pdf>>. Fecha de consulta 25/8/2014.
- KLEINMAN A. (1980). *Patients and Healers in the Context of the Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press.
- KRAUSE, M. (1995). «La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos», en *Revista Temas de Educación* n.º 7, pp. 19-39. Disponible en: <<http://www.esnips.com/nsdoc/62c4cc01-63a6-478d-9291-60fo5e59of1b>>. Fecha de consulta 16/1/2014.
- (2011). «La Psicoterapia: ¿Oficio sin ciencia y ciencia sin oficio?», en *Revista Colombiana de Psicología*, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, vol. 20, n.º 1 enero-junio, pp. 89-98.
- LAGOS, M. E. (2013). «De la Psicoterapia y los Psicoterapeutas en el Uruguay de hoy», ponencia presentada a las 1.ªs Jornadas de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, Universidad de la República. Disponible en: <http://www.suamoc.com.uy/psicoterapia_y_psicoterapeutas.pdf>. Fecha de consulta 7/7/2014.
- LASCH, C. (1979-1991). *La cultura del narcisismo*, Andrés Bello, Barcelona.
- LE BLANC, G. (2007). *Vidas ordinarias, vidas precarias*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- LEWKOWICZ, I. (2004). *Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez*, Paidós, Buenos Aires.
- LIPOVETSKY, G. (1986), *La era del vacío*, Anagrama, Barcelona.
- LYON, D. (2000). *Posmodernidad*, Alianza Editorial, Madrid.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm IV*, (2001), Editorial Masson S. A., reimpresión de la 4.ª edición, Barcelona.
- MARSHALL, T. H. y BOTTOMORE, T. (1998). *Ciudadanía y clase social*, Alianza, Madrid.
- MATUS, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*, segundo borrador, Washington D. C.
- (1993). *Guía de análisis teórico, Seminario de Gobierno y Planificación, Método pes*, Altadir, Caracas.
- MDRI Mental Disability Rights International (1995). *Proyecto Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University, Washington, D. C.
- MERON, R.; FISKE; M.; KENDALL, P. (1956) *The Focused Interview*, Ballachulish, Glencoe.
- MERTON, R. (1964). *Teoría y Estructura sociales*, FCE, México.

- MIDAGLIA, C. (1997). «Reforma del estado en el campo social: elementos para una discusión», 91-102 [S.l.] *Fronteras 2* DTS-FCS.
- y ANTÍA, F. (2007). «¿Una nueva síntesis? La agenda social de la izquierda uruguaya a dos años de gobierno», *Cad. erh*, vol. 20 n.º 51 Salvador Sept./Dec. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/So103-49792007000300007>>. Fecha consulta 6/8/2013.
- MÍGUEZ PASSADA, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Colección Tesis Estudios Sociológicos Editora. Disponible en: <http://issuu.com/cieseditora/docs/la_sujeci_n_de_los_cuerpos_d_ciles/1>.
- MIRZA, C. (2014). *Re-construcción de las matrices de bienestar en América Latina. Los dilemas de las izquierdas latinoamericanas*, Clacso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- MONTADO, G., FERNÁNDEZ CASTRILLO, B., GERPE, C., PALERMO, A. y GINÉS, ÁNGEL M. (2001). «Investigación de resultados terapéuticos en un programa de Psicoterapia Psicoanalítica Hospitalaria» en *Desafíos a la Psicoterapia*, pp. 310-318, Impresora Gráfica, Montevideo.
- (2005). *Investigación en Psicoterapia Psicoanalítica Hospitalaria: entrecruzamiento de diversas perspectivas*, Editorial Zonalibro, n.º 166, Montevideo.
- MONTADO, G.; PALERMO, A.; FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. y GERPE, C. (2011). «Investigación empírica: Puente entre psicoterapia y psiquiatría», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, coordinador Ricardo Bernardi, volumen 75, n.º 75 (1): 48-55, agosto, Montevideo. Disponible en <http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/08_GM.pdf>.
- MONTALBÁN, A. (2013). «Retomando el debate sobre la organización de la atención psiquiátrica y salud mental en Uruguay», en *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, volumen 77(1): 46-52.
- MURGUÍA D. (1983). «El cierre del Hospital Vilardebó», editorial *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48:217-218 reproducido en 2003 por la misma Revista, volumen 67, n.º 2, p. 171. Disponible en: <http://www.mednet.org.uy/~spu/revista/mar2004/08_murg.pdf>. Fecha de consulta 26/8/2014.
- NOGUERA, J. A. (2010). *Teoría sociológica analítica*, Colección Academia 31, Editorial CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- OLESKER D. y GONZÁLEZ T. (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)*, Montevideo, Ministerio de Salud Pública.
- OPS WHO-AIMS (2013). *Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <<http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>>. Fecha de consulta 8/4/2014.
- PADUA, J. (1979) *Técnicas de investigación social aplicadas a las ciencias sociales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- PALLEIRO E.; FULCO C.; FRIONI M.; DÍAZ N.; BELTRÁN L. y FERNÁNDEZ CASTRILLO B. (2009). *Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social cipres 21 años de experiencia. Declarado Buenas Prácticas Innovadoras en Salud Mental por el msp*. Disponible en: <[http://anterior.apuruguay.org/Actividades %20cient %C3 %ADficas/MSP_CIPRES_2009.pdf](http://anterior.apuruguay.org/Actividades%20cient%20%ADficas/MSP_CIPRES_2009.pdf)>.
- PELLEGRINO, A. (2013). «Uruguay: cien años de transición demográfica», *Migración y desarrollo*, 11(20), 186-207. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-75992013000100007&lng=es&tlng=es>. Fecha de consulta 18/9/2014.
- POCH J. y AVILA ESPADA A. (1998). *Investigación en Psicoterapia. La Contribución Psicoanalítica*, Paidós Ibérica, s. A., Barcelona.

- Revista cpu*, (2012). Coordinadora de Psicólogos, (mayo) n.º 237. Entrevista al Lic. Hebert Tenembaum director del Programa de Salud Mental del MSP, pp. 22-23. Disponible en: <http://www.psicologos.org.uy/revistas/237_revista2012_may.pdf>.
- ROBERTS, ROBERT E.; ATTKISSON, C. CLIFFORD y STEGNER, BRUCE L. (1983). «A Client Satisfaction Scale Suitable for Use with Hispanics», *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 5 pp. 461-476.
- ROBERTT, P. (1997). *Informe de Investigación*, n.º 23. *El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico*, en *Revista Encuentros Uruguayos*, volumen V, n.º 1, diciembre 2012, pp. 57-73 Disponible en: <<http://encuru.fhuce.edu.uy/images/archivos/numero5/cienciassociales/historia%20y%20suicidio%20en%20el%20uruguay.pdf>>.
- ROSANVALLON, P. (1995). *La nueva cuestión social*, Manantiales, Buenos Aires.
- ROUDINESCO, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?*, Paidós, Buenos Aires.
- ROVERE, M. (1993). *Planificación Estratégica de Recursos Humanos de la Salud*, Programa de desarrollo de recursos humanos en salud, ops, Washington D. C.
- RUGGERI, M.; DALL'AGNOLA, R.; AGOSTINI, C., y BISOFFI, G. (1994). «Acceptability, sensitivity and content validity of the VECs and vsss in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 265-276. Disponible en <<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00802049>>. Fecha de consulta 2/2/2012.
- RUGGERI, M. (1996). «Satisfaction with psychiatric services», in: G. THORNICROFT y M. TANSELLA (eds.), *Mental Health Outcome Measures* (pp. 27-51), Berlín, Springer.
- LASALVIA, A., DALL'AGNOLA, R., VAN WIJNGAARDEN, B.; KNUDSEN, H. C.; LEESE, M.; GAITE, L.; TANSELLA, M. y the Epsilon Study Group (2000). «Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version», *British Journal of Psychiatry*, 177 (Suppl. 39), s41-s48. Disponible en: <<http://bjp.rcpsych.org/content/177/39/s41>>. Fecha de consulta 2/2/2012.
- RUGGERI, M.; THORNICROFT, G.; BECKER, T., KNAPP M.; KNUDSEN H. C.; SCHENE A.; TANSELLA M. y otros (2003) *International Outcome Measures in Mental Health. Quality of Life, Needs, Service Satisfaction, Costs and Impact on Careers*, Gaskell, Royal College of Psychiatrists, London.
- SAMAJA, J. (1994) *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*, Eudeba, Buenos Aires.
- (2007). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina* (1.ª reimp. ed.), Lugar Editorial, Buenos Aires.
- y YNOUB, R. *Todos los métodos, el método. El método de investigación como componente de la praxis profesional* (material proporcionado por el autor, fotocopiado).
- SAMAJA, J. (2002), *Reproducción social y salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- SARTORIUS N., SANZ J., y PÉREZ R. (2006). «Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias», en *Rev. Asociación. Española de Neuropsiquiatría*, España.
- SCHWARTZMANN, L. (2003). «Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales», *Cienc. enferm.*, Dic 2003, vol. 9, n.º 2, pp. 09-21. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_abstract>. Fecha de consulta 10/3/2014.
- SEN, A. (1997). *Bienestar, justicia y mercado*, Paidós, Barcelona.
- SILVEIRA, N. (2008). *Un modelo de triangulación cuali-cuantitativa. Estrés, satisfacción y burnout en médicos y enfermeras del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela*, tesis de maestría en Epidemiología, Universidad Nacional de Lanús, Argentina, Csic-Psicolibros Waslala, Montevideo.

- SOLLAZZO, A. y BERTERRETICHE, R. (2011). «El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria», *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6): 2829-2840. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600021>>. Fecha de consulta 2/2/2014.
- SOTTOLI, S. (2000). «La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia», en *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe* n.º 68, pp. 3-22. Disponible en: <http://www.cedla.uva.nl/50_publications/pdf/revista/68RevistaEuropea/68Sottoli.pdf>.
- STOLKINER, A. (1988). «Prácticas en Salud Mental», en *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, VI (1): 31-59. Medellín.
- (1989). *Salud Pública. Salud Mental Teórico n.º 1*, Cátedra II Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- (2006). «El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios» en *Anuario de Investigaciones*, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Volumen XIV, pp. 201-209.
- (2007). «Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación de dos utopías», en D. MACEIRA, (comp.) *Atención Primaria en Salud: Enfoques interdisciplinarios*, Paidós, Buenos Aires.
- (2013). «Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental», en Hugo Lerner, *Psicolibro*, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_medicalizacion_de_la_vida.pdf>. Fecha de consulta 4/4/2012.
- TAYLOR C. J. y BOGDAN R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Paidós, Barcelona, pp. 15-27.
- TECHERA, A., APUD, I. y BORGES, C. (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar.
- TESTA, M. (1997). *Saber en Salud: La construcción del conocimiento*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- TOKMAN, V. y O'DONNELL, G. (1998). *Pobreza y desigualdad en América Latina*, Temas y nuevos desafíos, Paidós, México.
- TORRES GONZÁLEZ, F. (1999). «Coordinador Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad», *Revista de Salud Mental Comunitaria* 1, UNLA pp. 17-24, Disponible en: <https://www.academia.edu/3752409/Equipos_de_salud_mental_instituciones_totales_y_subjetividad_colectiva._Una_experiencia_de_transformaci%C3%B3n_institucional_Silvia_Faraone_Ana_Valero_Ernestina_Rosendo_Flavio_Torricelli_>.
- TOURAINÉ, A. (1999). *Poderemos vivir juntos? Iguais e diferentes*, Editora Vozes, Peetrópolis.
- VAINER, A. (2007). «De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental», en *Topías* Disponible en: <<http://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>>. Fecha de consulta 28/9/2012.
- VALLES, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Síntesis, Madrid.
- (2002). «Entrevistas cualitativas», *Colección Cuadernos Metodológicos* 32 Centro de Investigaciones Sociológicas. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/files/2013/03/VALLES_Entrevistas-cualitativas.pdf>. Fecha de consulta 16/7/2014.

- VALLES, M. (2005). «El reto de la calidad en la investigación social cualitativa. De la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas» en *Revista Española de Investigación Sociológica (reis)*, 110, 91-114, España.
- VARELA PETITO, C. (2008). *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XX*, Programa de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, Ediciones Trilce, Montevideo.
- VICENTE, B.; RIOSECO, P.; SALDIVIA, S.; KOHN, R. y TORRES, S. (2005). «Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica», en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV, n.º 4, pp. 506-514. Disponible en: <https://www.academia.edu/6829591/Prevalencia_de_trastornos_psiqui%C3%A1tricos_en_Latinoam%C3%A9rica_revisi%C3%B3n_cr%C3%ADtica>. Fecha de consulta 20/8/2012.

Anexos

Consentimiento informado

A quien corresponda:

Queremos informarle que nos encontramos realizando un estudio sobre las prestaciones en Salud Mental en el Uruguay, que tiene como propósito el estudio de su implementación en distintos servicios de capital e interior durante 2012-2013, para lo que le solicitamos su colaboración y le estamos proponiendo participar de una investigación que espera contribuir a realizar los ajustes correspondientes y poder mejorar estas prestaciones.

Los objetivos de investigación apuntan a desarrollar y profundizar una metodología de investigación en psicoterapia a efectos de perfeccionar la construcción de programas, técnicas y prácticas que den respuesta a la demanda de la población y ser incorporadas a los Servicios de Salud y Salud Mental.

Para ello le solicitamos que complete el cuestionario o acepte entrevistar/a, si ha consultado o conoce a alguien muy cercano (familiar, amigo) que haya consultado un servicio de Salud Mental durante el último año. Apreciaremos que trate de ser cuidadoso en las respuestas porque la investigación depende enteramente de lo completa que estas sean.

Le informamos que sus respuestas serán completamente confidenciales, (asignándole un número de código) y que no tendrá acceso a esta información. Se usarán únicamente para análisis estadístico y que bajo ninguna circunstancia aparecerán datos que permitan identificarlo/a.

La persona responsable de esta investigación titulada *Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en Salud Mental en el Uruguay 2012-2013*, es licenciada en Trabajo Social especializada en Salud Mental desde hace muchos años en el Hospital de Clínicas y además es docente de la Facultad de Ciencias, ambos servicios pertenecientes a la Universidad de la República.

Si Ud. está de acuerdo en participar en esta investigación es necesario que firme el consentimiento informado, que se adjunta.

Mag. Beatriz Fernández Castrillo
Investigador responsable

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en Salud Mental en el Uruguay 2012-2013. Investigador responsable Mag. Beatriz Fernández Castrillo CI 1.750.084-5.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en esta investigación y declaro que:

- se me ha dado toda la información sobre los procedimientos y propósitos de esta investigación,
- entiendo que se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de mi desempeño,
- sé que en cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la investigación.

FIRMA:

ACLARACIÓN Y CI

LUGAR Y FECHA

Cuaderno de notas de usuarios representantes en la Junasa

Aquí se enumeran los casos de los representantes de los usuarios en la Junasa, según fueron tomados en ocasión de realizar una encuesta colectivamente, que derivó en una discusión, cuyo valor consideramos que supera en mucho a la calidad de respuesta registrada en el formulario. Se enumeran en forma aleatoria de modo que el lector, en el cuerpo del texto, pueda ubicarlo con facilidad en este Anexo.

Caso 12

«En el ámbito privado se ve más accesibilidad, en cambio en el público se ven las mismas carencias y la falta de información es cada vez peor; hay mucha confusión.»

Caso 13

«No existen servicios en Canelones y tampoco existe interés.»

Caso 14

«Poca difusión. Pero sí tengo interés en participar en talleres, charlas, cursos sobre cómo se trata con un enfermo mental.»

Caso 15

«No me siento capacitada por falta de conocimiento. En MSP-Tacuarembó no existe un área de contención ni internación.»

Caso 16

«En algunos departamentos no se da la debida atención. Lo fondos que se manejan son secretos. Imposible saberlos.»

Caso 17

«Falta capacidad locativa adecuada para internación de usuarios en crisis y de usuarios en condición de calle con o sin alteraciones psíquicas.»

Caso 18

«Resaltaría el hecho de hablar de los enfermos mentales, de no esconderlos. Lo positivo de ver dónde se los apoya a los enfermos y quiénes tienen interés en ayudarlos. El ámbito de trabajo tiene interés en ayudarlos. El ámbito de trabajo está más abierto a los discapacitados que a los enfermos mentales. Se les tiene miedo. Los usuarios tienen miedo de acercarse a los grupos pues son abiertos y sus problemáticas pueden darse a conocer y pueden quedar con el cartelito y en su historia laboral como “enfermos mentales”.»

Caso 19

«Un poco de aterrizaje de parte del psiquiatra hacia dónde y cómo camina el paciente. Aún falta. Lo negativo es que son pocos profesionales y se les resta importancia a la Salud Mental.»

Caso 20

«Que avance mínimamente. Más no sé, me falta información.»

Caso 21

«Todo lo respondido corresponde a la atención en el MSP. La salud privada no atiende a los pacientes con esa problemática.»

Caso 22

«Es un año positivo por la razón de poder participar en distintos talleres donde se pudo dar las opiniones de cada uno. Es de no tener en cuenta a dar los siguientes recursos que ASSE tiene para darles. O brindarles mejores tratamientos, en áreas de recreación y trabajo. Darles espacios físicos.»

Caso 23

«Las respuestas no contestadas es porque no tengo conocimiento. La verdad es que yo creo que hay poca difusión y personalmente estoy poco enterado de cómo se manejan con los enfermos.»

Caso 24

«Por lo nuevo del Plan me excuso de hacer comentarios.»

Caso 25

«En ASSE de aquí no hay psiquiatra, viene de Paysandú cada 15 días.»

Caso 26

«Sí es cierto que se ha mejorado la atención en Salud Mental. Todavía hay mucho para hacer, pues era un debe que se tenía con la Salud Mental.»

Caso 27

«De la institución médica privada, cuando necesité que atendieran a mi hija, que tuvo cuatro intentos de autoeliminación, no obtuve respuesta satisfactoria pues pensaban que no era una prioridad. Solamente fueron la primera vez y después le restaron importancia. El caso es que terminé haciendo una demanda a la mutualista y otra en la Junasa y ahí fue cuando le dieron la importancia a la gravedad de la patología y puso a nuestra disposición, alrededor de cuatro psiquiatras y un equipo técnico completo.»

Caso 28

«Comenzar a divulgar las posibilidades que tienen los posibles usuarios. No se conoce el plan.»

Caso 29

«Lamentablemente desconozco cómo se está ejecutando el plan, si es que se está llevando a cabo.»

Caso 30

«No tengo conocimiento del tema. Sí sé que hay médicos y personal destinado a esto. También hay medicamentos para los pacientes y posibilidades de internación en MSP.»

Caso 31

«Todavía no está muy implementado el programa de Salud Mental en el departamento (Maldonado).»

Caso 32

«Lamento carecer de información suficiente como para responder el cuestionario a conciencia. Más en el tema de los tiques, que es algo que siempre está cuestionado porque se suma a las cuotas que se pagan por Fonasa. Además tengo entendido que los tiques para los psiquiatras y estas cosas son distintas al resto..., cómo es bien eso no lo sé, pero sé que es complicado.»

Caso 33

«Uno de los ejes es el aumento de la inversión más reforma estructural, cambio en el modelo de atención con prioridad en la atención de la Salud Mental. Todavía no se ha llegado a concretar del todo una buena atención como corresponde.»

Caso 34

«Que la población conozca que hay un plan de Salud Mental lo que permite reclamarlo en su centro de atención. Que se haya instalado en la mayoría de las instituciones de salud. Que los usuarios tienen dificultad en acceder a los servicios ya que tienen que tener patologías muy precisas (psiquiátricas, de uso o consumo abusivo de drogas, etc.) para utilizarlas.»

Caso 35

«Lo positivo es que se empezó a trabajar y que hay un compromiso serio, pero de las instituciones tienen que ayudar a que se pueda seguir avanzando; las herramientas están. Los usuarios somos quienes tenemos que exigir que se cumpla. El Plan de Implementación no lo hacen cumplir de parte del gobierno.»

Caso 36

«Para hablar de la manera de tratar del personal de recepción o secretaría tanto por teléfono como personalmente, la atención en general es mala. Frente a los problemas mentales los funcionarios están muy condicionados por la patronal. 3b Si hablamos de la competencia y profesionalidad de los psicólogos, los que hay tienen los cupos llenos y es imposible acceder. 5 a De parte de los psiquiatras, la capacidad de escuchar y comprender los problemas, en general es aceptable, pero existen excepciones de muy malas experiencias. 5c Respecto a los trabajadores sociales, no sé si hay en la mutualista ni a qué se dedican. 7 En la institución se espera una o más horas para ser atendidos, la impuntualidad es la norma. 8 Además los costos son muy elevados para algo que es tan necesario. 9 La prevención de recaídas es inexistente, solo está el tratamiento y nada más; no hay seguimiento. 14 En la institución nunca hay médico psiquiatra de guardia, de hecho en los casos que se necesita consultar con urgencia se derivan a 20 días o un mes. 19 a No se dan a conocer públicamente los programas ni las prestaciones posibles. 41 Los medicamentos son licitados y nunca concuerda con lo que el médico recomienda, dicen que la droga es la misma, pero no es así; no es lo mismo una Coca-Cola que una Fagar y hay personas que no respondemos igual al medicamento. Creo que es ahí donde más se ve el negocio de las privadas al ahorrar en los medicamentos de los pacientes. 45 En mi departamento existe oferta de tratamiento familiar pero se ha instrumentado solo para cumplir con las metas exigidas por el Ministerio, pero no se

ha difundido ni derivado como se debería, ni a pacientes ni a familiares. Como comentario negativo 49 la atención para reinserción laboral y social existe por parte de ONG pero no como una prestación de la institución que solo se remite a diagnosticar y medicar. Espero ser útil, hablo desde mi experiencia personal y de mi entorno.»

Caso 37

«Lo que sé y estoy enterado, como usuario de servicio privado, es que los fondos financiados que se manejan son secretos y nunca se conocen las cifras y si preguntás se enojan y te tratan de mala manera.»

Caso 38

«Recibimos en el CAHD un informe sumamente completo de los psiquiatras encargados de Salud Mental del privado y el público. El privado nos manifestó su dificultad sobre psicoterapia de grupo...»

Caso 39

«No contesta el formulario y dice: yo resido en Bella Unión y me fue imposible contestar este cuestionario ya que no tenemos ningún psiquiatra residente radicado en nuestra ciudad. Por lo tanto todas las emergencias en psiquiatría las tenemos que trasladar al hospital de Artigas, desde donde después de darle una medicación transitoria, nos devuelven a los pacientes en las mismas condiciones. Tengo que agregar Casa Abierta no cumple los objetivos para lo cual fue creada ya que responde a intereses creados y muy pocos enfermos tienen acceso a sus instalaciones y solicito que se revea esto puntualmente.»

Caso 40

«Yo no destaco nada como positivo dado que no se cuenta con suficiente personal, por tanto todo lo antes expuesto da como resultado la insatisfacción del método. Veo que faltan espacios de discusión con usuarios y familiares que padecen estas situaciones. Estos ámbitos no están contemplados y son reclamados, sin novedad hasta la fecha.»

Caso 41

«Para mí no se cumplen las metas asistenciales. En la privada no se ha cumplido la meta del 1.º módulo de gestión, no se han formado los grupos. Dicen que el usuario no quiere exponerse. En ASSE tienen un equipo de Salud Mental en Nueva Palmira excelente, pero no han completado los grupos. En la privada se quejan los usuarios porque después de las 6 sesiones gratis deben pagar más que un privado. El costo del servicio es generalmente elevado y en ASSE no se cobra.»

Caso 42

«Leí una vez el plan pero no tengo conocimiento como para responder responsablemente. La institución prestadora de salud privada de Cerro Largo instaló las policlínicas de psiquiatría y psicología en un local fuera del edificio principal. No tiene área específica para internación, en caso necesario lo hace en dependencia del hospital público que sí tiene un área para psiquiatría que pude conocerlo al acompañar en una oportunidad y me pareció bueno pero tampoco tengo elementos de comparación. Pienso que como representantes

de los usuarios debería haber dispuesto de tiempo suficiente para informarme y poder contestar con conocimiento del tema. Por lo pronto haberme enfrentado a esta encuesta más que motivarme me impele a buscar la información sobre todo los aspectos planteados en ella.»

Caso 43

«Se lleva a cabo Salud Mental en el hospital de Canelones con signos positivos de recuperación. En XXX (privada) se atiende derivando a Montevideo, porque no tiene la policlínica en el sanatorio.»

Caso 44

«Como aspecto negativo destaco la resistencias de las IAMC a implementar el plan. Poca difusión del plan. Resistencia de los psiquiatras y escasez de ellos. Nula colaboración del Patronato.»

Caso 49

«Como comentario negativo, la atención para reinserción laboral y social existe por parte de ONG, pero no como una prestación de la institución que solo se remite a diagnosticar y medicar.»

Caso 51

«Gracias a realizar esta encuesta, podemos darnos cuenta de qué poco sabemos de cómo funciona la Salud Mental. Decimos que nos ocupamos de la problemática de la salud y que estamos trabajando en la Junasa por mejorar los derechos de la gente en la atención de la salud y no sabemos qué pasa con este tema de los nuevos servicios de Salud Mental.»

Cuaderno de notas del relevamiento de usuarios encuestados

A continuación se transcribe textualmente lo que los usuarios de los servicios públicos y privados, tanto de la capital como del interior del país, han consignado en el último ítem, después de completar las respuestas a las 18 preguntas cerradas del formulario distribuido por correo electrónico. Allí, a modo de pregunta abierta, se les propone si quieren agregar algo y se aprovecha para agradecer la participación. La misma dice: Si desea escribir un comentario, puede hacerlo a continuación. ¡MUCHAS GRACIAS!

Así hemos intentando complementar el informe cuantitativo con la riqueza que se expresa en las palabras de los sujetos relevados.

No todos han escrito en este espacio. Tampoco nos ha parecido prudente incluir en este Anexo, todos los comentarios recogidos. A tal fin, se han transcripto aquellos que expresan opiniones reiteradas, en especial de personas que componen la población objetivo del PPSM como lo son los menores de 25 años.

El orden de la transcripción se realiza al azar, tratando de seguir en lo posible, la pauta de trabajo planteada a lo largo de este informe. Por lo tanto es aleatoria en lo que refiere a variables tales como sexo, tipo de servicio (público o privado), procedencia geográfica según regionales, si se trata del consultante o de un familiar, etc. La transcripción se enumera en el cuerpo del texto de forma de ubicar rápidamente al lector guiándolo hacia la referencia correspondiente en este Anexo.

Comentario 1 Regional Norte

Mujer usuaria pública menos de 25 años

«Es importante mencionar que la persona encuestada hace mucho tiempo que se atendió con un psiquiatra, en el Patronato del Psicópata ubicado en el Hospital Regional de Salto. Cabe resaltar que fui atendida solamente por un psiquiatra. Estoy por la privada, y tengo que pagar tique. Si la atención es pública, no se paga la consulta.

[...] no hay emergencia en lo relacionado a Salud Mental, si tiene alguna emergencia acude al hospital. En cuanto al secreto profesional, no sé, no sabe con certeza si los profesionales lo respetan.»

Comentario 2 Regional Norte

Mujer usuaria privada mayor de 25 años

«Soy estudiante avanzada de la universidad, acudí a la jornada sobre Salud Mental realizada el mes pasado en la Regional Norte. Como tendrán la información, en ese espacio quedó en evidencia que no hay formación en lo relacionado al tema para aquellos profesionales que quieran incursionar en dicha área. La jornada pudo haber sido mucho más rica si hubieran asistido personas que estén trabajando actualmente en dicha área, para conocer la experiencia de ellos allí.

No se tiene conocimiento alguno de lo que trata el nuevo sistema de salud, referente a Salud Mental, por lo tanto de las prestaciones que se estén brindando actualmente en los servicios públicos y privados. Es un debe que existe, pienso que debe haber una movida más grande para que la población en general se entere y conozca los derechos que tienen, hablando de este aspecto. Espero sea de utilidad la información enviada ¡Nos vemos pronto!»

Comentario 3 Regional metropolitana

Varón usuario privado menos de 25 años

«Por lo general no se respetan los horarios acordados para la consulta, lo cual genera incomodidad por parte del paciente. Las fechas marcadas son distantes una de otra ya que están saturadas las listas de horarios, lo que lleva a consultar otro profesional, más que nada a la hora de repetir la medicación.

En cuanto al servicio de psicólogos, este es escaso en los centros; no todos pueden acceder a este, y si lo hace es por un período corto de tiempo. Al servicio de psiquiatría sí se accede, pero las veces que el tratamiento debe ser acompañado por terapia con psicólogos se dificulta si no se cuenta con recursos económicos, debido a que estos son bastante costosos.

Por otro lado, el tema del ambiente del sector de psiquiatría no es del todo armonioso, en cuanto a lo edilicio; los centros no brindan un confort adecuado para el paciente, el deterioro de los centros es muy grande, brindado un aspecto de ruina, paredes en mal estado lo que hace más “deprimente” la recuperación del paciente.»

Comentario 4 Regional metropolitana

Mujer usuaria privada mayor de 25 años

«He leído atentamente el formulario y por las preguntas que propone tengo duda sobre a qué hace referencia con “Servicio de Salud Mental”. ¿Es algo nuevo específico? De ser así lo desconozco; llamé al médico responsable del CASMU de San Jacinto quien afirma que no hay nada nuevo, por lo menos “en nuestra localidad” y que las consultas psiquiátricas se hacen en Salud Pública o en alguna de las sociedades médicas privadas, y se derivan a un psiquiatra de la zona de Pando o Montevideo.

Pregunta por experiencias de este último año y en mi caso tengo múltiples consultas tanto públicas como privadas, a través de los últimos veinte años, que derivaron en internaciones o en tratamientos ambulatorios, con muy diversas características y resultados. Me parece que no refleja la realidad traducir todo ello a las generalidades del formulario. ¿Te parece que igual haga eso?»

Comentario 5 Regional Litoral

Mujer usuaria privado familiar mayor

«En un caso familiar la respuesta fue inmediata; el médico de emergencia realmente muy profesional pese a la negación del enfermo y el mal trato de su parte hacia el médico era incómodo, sin embargo con mucha dedicación y paciencia logró atenderla y la derivación al psiquiatra tratante también. Se dispuso en el momento de la medicación adecuada. Los familiares debemos estar al tanto de la situación debido a que el enfermo una vez que comienza a sentirse mejor decide por sí solo abandonar el tratamiento sin autorización del médico por eso es importante la contención familiar. ¡Gracias!»

Comentario 6 Regional Litoral

Mujer usuaria privada familiar mayor

«Nuestra familia cuenta con una persona que requiere el servicio de “salud mental”. Las personas que tienen estos trastornos necesitan un entorno adecuado a largo plazo. Colonia no tiene infraestructura, ni técnicos, carece de contención

alguna, tanto en la mutualista como en el hospital. No solo falta estructura y criterio para sostener y darle mejor calidad de vida a los enfermos y sus familias, sino que el desconocimiento del personal en el contexto, no hace más que complicar y entorpecer los procesos supuestamente curativos. Todos los casos complejos son derivados inmediatamente a Villa Carmen o al Vilardebó, donde se siguen practicando la micronarcosis, aun no coincidiendo con el diagnóstico del psiquiatra que atiende al paciente en Colonia. Sabemos que la medicina avanzó mucho en otras canchas, pero en salud mental, está todavía muy lejos. No solo con relación a los tratamientos con drogas de alto riesgo en el largo plazo, sino en los acompañamientos terapéuticos, a cuentagotas, después de horas de espera, que en estos casos no hace más que agregar irritabilidad y agotamiento. Gracias por la consulta espero llegue a buen puerto.»

Comentario 7 Regional Litoral

Mujer usuaria privada mayor de 25 años

«Tengo siete hijos. Mis tres hijos mayores tuvieron que vivir mi peor etapa. Mi esposo es un político muy importante de xxx. Le dije lo que me pasaba y me decía que eran mañas. Soy depresiva. Pero claro, no podía consultar porque sería mal visto en el pueblo. La mujer de alguien tan importante, la madre de tres niños maravillosos. Eso me dijo el médico cuando consulté, «cómo se te ocurre estar deprimida con el marido y los hijos maravillosos que tenés». Hasta que un día consulté a la doctora y le expliqué a mi hija mayor. Si no tenés una enfermedad muy despampanante te dicen que tenés mañas.»

Comentario 8 Regional Norte

Mujer usuaria privada menor de 25 años

«En primer lugar quiero resaltar que la atención es diferente en la salud pública respecto a la privada, en la pública es muy difícil el acceso por falta de personal. Si bien en la privada la atención se demora, se compensa en la atención brindada.

En mi experiencia la primera atención fue de trato directo con la psicóloga o psiquiatra.

A veces es mucha la demanda que existe y se llega a demorar hasta dos meses para obtener la orden, aunque en urgencia pueden existir excepciones.

Los técnicos algunas veces te atienden con cierta rapidez para agilizar la consulta, aunque hay algunos que se muestran comprensibles. ¡Muchas gracias por consultarme!»

Comentario 9 Regional metropolitana

Mujer usuaria pública menor de 25 años

«Respecto a la pregunta sobre si es fácil acudir a la Emergencia del Servicio de Salud Mental en la noche o en días feriados me abstuve de responder debido a que nunca tuve la necesidad de concurrir en esos momentos y no conozco a nadie que haya tenido que hacerlo. Respecto a los familiares, en mi caso, son tenidos en cuenta más que nada en el tratamiento psicoterapéutico más que en las consultas con los psiquiatras, quienes se limitan a preguntar sobre mí más que sobre mi entorno. En términos generales estoy muy satisfecha con los servicios brindados por los servicios de Salud Mental, sobre todo en el

Hospital de Clínicas quienes me han hecho sentir que realmente se preocupan por nosotros los pacientes, por el seguimiento de nuestras problemáticas y por que podamos seguir delante de la mejor manera posible.»

Comentario 10 Regional Litoral

Varón usuario privado funcionario de la Salud mayor de 25 años

«Yo creo que la terapia tendría que ser exigida para todos los trabajadores de la Salud. No sé si una terapia, aunque sea tener un espacio psicoterapéutico. Vas a la división de la salud de tu trabajo y solo te dan la certificación. Es muy acotada a la enfermedad actual, te dicen que se supone que tenés tu médico. Yo en la mutualista me atendí puntualmente hace tiempo. Lo que sé de la forma de atender es por una amiga que continua yendo, le dan pichicata y sigue, no sé si le gusta. Lo que sé es que la mutualista no hace algo prolongado, eso es lo que no me gusta, ¡¡¡tan corto mmmmm!!!»

Comentario 11 Regional Litoral

Mujer usuaria privada y psicóloga recién egresada

Habla como técnico (es una psicóloga recién recibida que no ejerce aún y que es usuaria) y familiar con varios IAE con atención ambulatoria e internación.

«Son muy cortas, te dan por 12 sesiones una cosa así. Sé que para los chiquilines no es fácil acceder; yo trabajo con adolescentes y veo que no es fácil. Por ejemplo, los jóvenes de menores ingresos que tienen mutualista tienen que pagar. Me parece que por menos que sea no pueden. Hay muchos adolescentes con problemas importantes de conducta, de baja autoestima, y les hablás y les hablás y a veces agarran viaje. Y también con la familia. A veces les decimos o te hacés ver o no venís más, queda él y destruye todo... es un poco coercitivo. Y después van a la consulta y dejan... uno no sabe por qué dejan, tal vez porque no pueden pagar.»

Comentario 12 Regional Litoral

Varón usuario privado, docente mayor de 25 años

«Yo soy docente y sé cómo se precisa la prevención en Salud Mental. ¡¡En esta localidad no existe servicio de Salud Mental al que pueda acceder!!

El policlínico del prestador al que pertenezco más cercano está a 20 km, con atención de psiquiatra una vez al mes. No tiene Servicio de Psicología.

El prestador parcial que hay en esta localidad tiene psiquiatra una vez al mes pero no existe complementariedad con otros prestadores. Psicología en la zona es solo particular.

El policlínico de ASSE no cuenta con servicio de Salud Mental. Solo médico de familia y asistente social una vez al mes. Los policlínicos de otras localidades cercanas tampoco cuentan con el servicio.

La accesibilidad es prácticamente nula para la mayor parte de la población debiendo trasladarse a la capital (privado) o al hospital de Colonia (ASSE).

El transporte es escaso, caro y engorroso. Por ejemplo, para ir a Colonia Suiza hay que tomar dos coches de frecuencias mayores a las dos horas de diferencia y a un costo ida y vuelta en torno a los \$160. Insostenible para muchos, perdiendo el día entero y la jornada laboral...

Esto evidencia claramente que el servicio de Salud Mental es prácticamente nulo y totalmente inaccesible.»

Comentario 13 Regional Este

Familiar de adulto mayor, usuario público mayor de 25 años

«Tengo a cargo un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer (ASSE) y para control debo concurrir al Hospital de Clínicas, ya que en la zona no existe atención geriátrica, ni neurológica. Debo pagar la cuota al prestador parcial de la zona solo para poder acceder a control con psiquiatra y controlarla a su vez en el policlínico de la zona para acceder a parte de la medicación ya que aunque todos los medicamentos se encuentran en el vademécum el hospital se reserva cuáles compra y cuáles no, dependiendo del presupuesto mensual y el prestador parcial no tiene servicio de farmacia.

A todo esto y sin ser irónico: ¿Es este un servicio de salud mental obligatorio a la población?

Creo y enfatizo que la pregunta debería haber sido: ¿Su localidad cuenta con servicio de Salud Mental? Vergüenza debería dar tener por sentado su existencia y concomitante accesibilidad, cuando ni siquiera se cuenta con una adecuada atención primaria.

Debemos seguir insistiendo, impulsando y exigiendo los convenios de complementariedad que hagan toda salud accesible a toda la población, incluida entonces la salud mental.»

Comentario 14 Regional Noreste

Varón usuario privado y técnico mayor de 25 años

«Soy usuario y profesional de la Salud Mental (psicología); me han llegado incontables demandas en tal sentido, teniendo que intervenir honorariamente para asesorar, sostener y tratar de generar vínculos institucionales que pudieran dar respuestas adecuadas. Lamentablemente en su mayoría sin éxito.

Tres palabras: inexistente, inaccesible (como servicio) e incapaz (como sistema) de optimizar recursos internos y externos.»

Comentario 15 Regional Noreste

Varón usuario público mayor de 25 años

«Treinta y Tres es el departamento con el índice de suicidio más alto; sin embargo, en el sector público el plan de Salud Mental no se instrumenta por la negativa de los psiquiatras.

En los privados funciona a medias un Comité de Recepción y los modos no funcionan y hace casi un año que están cobrando.»

Comentario 16 Regional metropolitana

Mujer usuaria privada mayor de 25 años

«Me queda una pregunta, ¿cómo se capta la “respuesta” de los usuarios que viven en la calle? Dado que ellos son en su mayoría afectados por patologías mentales, y no van a responder a esta encuesta por obvias razones y no tienen familiares que contesten tampoco. Desde Canelones, esperando que el aporte sea de utilidad práctica, cordialmente.»

Comentario 17 Regional metropolitana

Mujer residente en medio rural, usuaria privada mayor de 25 años

«La primera pregunta dice: ¿En general, es bueno el trato del personal de recepción del servicio de Salud Mental en su localidad? En mi localidad es inexistente el servicio de Salud Mental.

Entonces, creo que la primera pregunta hubiese sido: «¿Tiene Ud. servicio de Salud Mental en su localidad?» Creo que esta es la primera y fundamental de las preguntas que tendría que haber entrado en la encuesta.

Por ejemplo, en mi localidad, área rural, mi prestador más cercano es la policlínica San Jacinto de Médica Uruguaya. No tiene servicio de psicólogo, que sería lo mínimo para una atención multidisciplinaria, tampoco tiene otras policlínicas como la de ASSE, bueno de hecho ASSE cubre apenas 8 horas de médico general, no funcionando convenio alguno, pese a infinitas tramitaciones en Junasa Y Judesa y...

A lo que voy es, a que NO HAY ACCESIBILIDAD A LA SALUD MENTAL... (Además de falta de difusión masiva en derechos de Salud Mental que los usuarios deberían tener; tenemos un canal del Estado con alcance nacional por ejemplo).

Queriendo contestar igualmente esta encuesta, tendría que hacerla a partir de lo que ofrece Médica Uruguaya o no, en Montevideo (o sea a unos 70 km de mí) y no tengo idea qué está ofreciendo... aunque sé que hay usuarios de mi localidad que van a Montevideo después que hicieron una crisis*. ¿Dónde queda la prevención? (*una docente, a donde va dirigido prioritariamente parte del Plan de Salud Mental) La prevención también tiene que ser accesible.

Ayer fui al médico de mi padre a Montevideo, porque él se desplaza con cierta dificultad, etc., imagínense ir a Montevideo para usuario de tercera edad, por un tema de salud mental, desde varios puntos de vista... ¡¡¡I N A C C E S I B L E!!!

Concreto: Los prestadores TODOS, además de convenios de complementación, que no funcionan en Canelones... si no hace convenio, deberían, por lo menos, contar con un psicólogo y psiquiatra una vez al mes en LA LOCALIDAD que tienen policlínica. Un servicio de Salud Mental va más allá de una superestructura... empieza por ser accesible / cercano.»

Comentario 18 Regional metropolitana

Mujer usuaria privada

«En realidad no estoy muy metida en el tema, pero la hermana de xxx (mi pareja) es enferma psiquiátrica. Hace ya muchos años que está en tratamiento. Sin ir más lejos ayer “se quiso matar” tomándose un par de noveminas, perifar, etc., nada grave, pero al parecer lo hace para llamar la atención.

No sé bien a quién llaman, pero cuando llaman el doctor habla con la paciente y al rato viene una ambulancia y la llevan al Vilardebó. Lo que sucede es que es una mina que de los 30 días del mes por lo menos 10 días está ingresando en el hospital, entonces los médicos no le dan mucha bola.

Se la llevaron ayer y hoy ya está en la casa de nuevo. Los tienen medio podridos al parecer... no sé bien.»

Comentario 19 Regional Norte

Mujer usuaria privada menor de 25 años

«En mi caso no conozco a nadie cercano a mí que haya acudido a servicio de Salud Mental para responder al cuestionario, pero quiero ayudar. Considero que acceder a dicho servicio es muy costoso, lo que en realidad no posibilita a que aquellas personas de bajos recursos económicos puedan acceder. Por otro lado, hablando con personas que han tenido la necesidad de atención a dicho servicio, han comentado que en el centro de salud pública en la ciudad de Salto (hospital) para acceder es muy complicado, desde que pedís consulta tenés que esperar un lapso de tiempo de aproximadamente tres meses.»

Comentario 20 Regional Norte

Mujer usuaria pública menor de 25 años

«Debemos educar a la comunidad en la prevención de problemas en salud mental. Debemos desmitificar lo negativo que asume la comunidad cuando hablamos de salud mental, porque gozar de salud mental es bueno. Pero muchos hemos pasado o pasaremos —me atrevo a decirlo— por situaciones que pondrán en riesgo nuestra salud mental y debemos tener las herramientas para poder actuar desde el conocimiento.

La salud mental es compromiso/responsabilidad de todos.»

Comentario 21 Regional Este

Mujer usuaria público funcionaria de ASSE

«En este momento el servicio de Salud Mental está muy abandonado en el departamento. Existen varias renunciaciones de profesionales, lo que demora mucho el tiempo de espera. No es propio para los pacientes que lo precisan. Trabajo en ASSE; la demanda es mayor a 60 días, porque se agenda con un tiempo máximo a dos meses; por día se recepcionan más de cuatro casos urgentes que no reciben respuesta en ninguna parte y otros casos que pueden esperar, pero cuando se logra la consulta muchas veces se transforman en situaciones mucho más agravantes.

Se debe dar prioridad a la salud mental. Además no existen opciones reales (las que hay son de pantalla) en el departamento que atienda los problemas de las adicciones a las sustancias psicoactivas.

Servicios que conozco son los del hospital de Maldonado, San Carlos, Centro de Salud Vigía.»

Comentario 22 Regional metropolitana

Madre de usuaria privada, mujer mayor de 25 años

«En la emergencia al paciente que va en busca de psiquiatra o de contención lo tienen horas esperando al profesional. Mi hijo es psicótico y eso le genera angustia y ansiedad... inhumano diría yo como madre. Gracias.»

Comentario 24 Regional metropolitana

Mujer usuaria privada, trabajadora de la Salud

«Encuentro que en mi mutualista nadie sabe nada y uno pregunta y nadie sabe, capaz que sí porque últimamente no he preguntado y capaz que estoy metiendo la pata hasta el cuadril. Yo no he preguntado últimamente, pero cuando yo

empecé atender a mi hijo hubiera deseado que hubiera cuatro o cinco y discutieran cómo ayudarlo, porque uno se siente... Si un médico le dice que hay que medicarlo, los padres somos reacios para medicarlo; si fuera un equipo, uno se sentiría más respaldado, porque el médico le dice y uno siempre tiene la duda de si está haciendo bien en medicarlo, a pesar de la explicaciones que el médico le da de los beneficios de la medicación. A mí no me gustaría ser tan grosera con los médicos porque no es que uno desconfía, pero cuando es uno cercano a uno decide por el hijo, porque si fuera uno y si me medican y me hace mal... Pero cuando decide por algún ser querido... Claro que si hubiera un conjunto de técnicos que discutieran uno se siente más apoyado.»

Comentario 25 Regional metropolitana

Mujer usuaria pública mayor de 25 años

«Me atendieron con puntualidad, y como en ese momento tenía problemas para dormir, me recetaron unas pastillas. Me dijeron que me llamaban en la semana para coordinar el comienzo de la terapia. Pasaron dos semanas y nada; intenté comunicarme y no pude. Esta semana me llamaron. Me dijeron que hay dos tipos: la psicológica y la terapia en grupo. Yo creo que quiero la grupal. La diferencia es que, en la individual hablas de vos, yo ya sé cómo es, porque ya fui a terapia. Primero fui al Pereira Rossell (dos sesiones), y después tuve que ir a la privada porque cumplí los 25 (ahí iba seguido).»

Comentario 26 Regional metropolitana

Mujer usuaria privada menor de 25 años

«Cuando fui a la mutualista, la atención fue excelente. Fui por mi propia cuenta, no me derivó ningún médico. Fui y dije que me parecía que necesitaba atención psicológica, que quería... Ahí me pidieron la cédula, vieron que estaba en la base de datos de la computadora, y me dijeron el precio... que tampoco era caro, era barato... 190 pesos la consulta, que es la ventaja que te da por ser parte de la mutualista. Te daban la lista de los psicólogos, de los profesionales que tenías, y las direcciones, para ver cuál te convenía más. No sé si existe un Equipo de Recepción. La primera vez fui atendida por una administrativa. Había tres o cuatro en ese momento, y la atención fue excelente. Cuando yo pedí atención psicológica me derivaron a una psicóloga que estaba dentro de ese Anexo. Ella te evaluaba, te hacía una entrevista; veía lo que más o menos tenías, a qué psicólogo podía derivarte y ahí te hacía una orden. Ella me dijo que yo tenía que hacer un tratamiento de psicoanálisis. Si tenés una patología, o un trastorno te manda a otro especialista. A mí me mandó a la psicóloga común.

Comentario 27 Regional metropolitana

Mujer usuaria pública menor de 25 años

«En Salud Pública no hay psicólogos que te brinden asistencia gratuita más allá del plazo permitido... al final cuando se termina, te llevan para el consultorio de ellos. En el Pereira Rossell, en los carteles que hay por los pasillos dice: charlas... pero en ningún momento dice que hay atención psicológica gratuita.»

Comentario 28 Regional Centro

Mujer usuaria privada de menor de 25 años

«Yo vi solamente psicólogos, entonces fui con esa orden y retiré los tiques. A partir de ahí, cuando empecé la terapia, iba directo al Anexo a retirar los tiques. (...) Por mes eran cuatro sesiones, pagaría un poco más de 800 pesos. Esta es una mutualista donde es rebarato, para lo que es un psicólogo particular hoy en día. Por ejemplo, en la mutualista sé que te brindan, pero en realidad no está muy difundido. Anteriormente había ido a Medicina General porque me sentía angustiada, la doctora me mandó medicación pero no me dijo: acá tenemos una parte de Psicología... nunca me informó de eso. Me mandó una pastilla, porque decía que era angustia, estrés por falta de dormir y todo eso, pero nunca me dijo: tenés la posibilidad de ver a un psicólogo acá.»

Comentario 29 Regional Centro

Mujer usuaria privada menor de 25 años

«Empecé con psicólogo en la mutualista de Durazno. Eso sí, esperé dos meses y después de la primera vez que fui pasaron dos meses más hasta tener la primera consulta. Pero después las sesiones eran todas las semanas sin problemas, una por semana y cuatro al mes.»

Comentario 30 Regional Este

Varón usuario público menor de 25 años

«Yo en realidad fui por mi cuenta. No tenía ni idea pero averigüé... me enteré por una compañera de la residencia, y fui por mi cuenta a la policlínica, sin pase de ningún médico, y ahí mismo ya me atendió una psicóloga. Solamente fue eso.»

«Mi compañera se está atendiendo por un tema de violencia doméstica; lo de ella era totalmente diferente porque se atendía con otro profesional, también de la mutualista, un psicólogo. Y, también, ella me contó que la atención fue excelente. Nunca tuvo problemas.»

Comentario 31 Regional Centro

Varón usuario privado menor de 25 años

«En la mutualista no te dicen nada de la terapia. Mi novia averiguó porque había visto un cartel pero en el mostrador no sabían informar nada, y el médico tampoco... Y lo mismo en la parte de Salud Pública; no encontrás nada tampoco.»

Como mi madre es enfermera, tengo asistencia integral hasta los 25 años; tengo psicólogo, oculista y dentista. Hace años también averigüé por el tema de psicología, tenía que ir a inscribirme a la Facultad de Psicología, te ponían en una lista de espera, donde se atendía de acuerdo a la urgencia del caso. Yo me anoté y hasta el día de hoy, nunca me llamaron. Entonces pienso que en Salud Pública no es accesible.»

Comentario 32 Regional Centro

Varón San José usuario privado mayor de 25 años

«Es una lástima, pero por la falta de información, la gente no sabe de estas cosas.»

Comentario 33 Regional Centro

Mujer usuaria privada menor de 25 años

«En el hospital de Melo no hay terapia. Allá es todo particular... mi hermana, por ejemplo, tuvo psicólogo y psiquiatra pero privado, en el sanatorio. Pero era privado, sin embargo en Salud Pública no hay.»

«En la mutualista privada, de acuerdo a lo que yo viví, es accesible, comparado con una consulta de 500 pesos o más hace la diferencia.

Además me dieron una respuesta casi inmediata; fue todo rápido. Lo máximo que tuve que esperar para empezar fueron unos dos meses. Una vez que empecé todas las semanas tenía psicólogo. El tratamiento es por un año; es decir, un año obligatorio. Ese año tenés que ir, después si ven que la persona necesita seguir con la terapia, seguís. No sé si seguís pagando el mismo arancel. Sé que dentro de ese año es el mismo. Además, podés faltar, solo dos veces, por causas justificables, sino perdés el derecho para atenderte. Es un beneficio que te otorgan, que si vos no lo aprovechás, lo perdés. Pero todo esto lo aprendí porque soy muy testaruda y me enganche.»

Comentario 34 Regional metropolitana

Varón usuario privado mayor de 25 años

«Me queda una pregunta, ¿cómo se capta la «respuesta» de los usuarios que viven en la calle? Dado que ellos son en su mayoría afectados por patologías mentales, y no van a responder a esta encuesta por obvias razones y no tienen familiares que contesten tampoco.»

Comentario 35 Regional Norte

Mujer usuaria privada mayor de 25 años

«Hacía unos meses me estaba sintiendo bajoneada, estaba muy sensible, lloraba por cualquier cosa. Me sentía sola, un poco perdida. Empecé con la psicóloga de la mutualista y cuando me sentí mucho mejor ya no sentía ganas de ir. Le dije a la psicóloga y estuvo de acuerdo que cortáramos allí. De todas formas ella se puso a las órdenes; me dijo: “cualquier problema, no dudes en venir y empezamos de nuevo”. Pero en ese momento, para ella ya habíamos terminado. Me ayudó pila, la verdad que fue bueno.»

Comentario 36 Regional metropolitana

Familiar (hija) usuario público, mujer mayor 25 años

«Yo incentivé a mi madre para que fuera a consultar. En parte se movió por mí. Fuimos al Filtro (servicio público) a pedir hora para la psiquiatra con el papel de derivación. Me dijeron que no me servía por el lugar donde vivía; me mandaron al Maciel. Ahí fue mi madre y la mandaron a la policlínica de Vicenza... fue y de ahí la mandaron otra vez al Maciel; y de ahí otra vez a Vicenza. Calculamos que era un problema de la administrativa, que no nos quería atender. En todo eso pasó un mes, y, como no la querían atender, alguien le dijo que hiciera la denuncia en ASSE. La hizo, y al otro día la llamaron para darle día y hora. Yo no puedo pagar la terapia (privada), sino la pagaría. Yo creo que no es tan fácil acceder; tenés que ir a pagarla. Nosotras accedimos por la denuncia; tenés que meter pechera para que salgan las cosas.»

Comentario 37 Regional metropolitana

Mujer usuaria pública maestra de la Regional metropolitana

Empezó en servicio público y se fue a una terapia de la consulta privada.

«Trabajo como maestra de nivel uno, en un jardín de infantes de Malvín, donde hay buena onda y compañerismo. Me sentí muy mal, me echó la pareja de mi madre y me peleé con mi pareja. Yo soy violenta y pensé en hacer terapia para tratar el tema de la agresividad en la pareja. No sé si será por las cosas que viví con mis padres... Tengo miedo a repetir lo mismo. Con mis tres parejas viví lo mismo. Reconozco que soy yo la que siempre quiere discutir. Tuve la primera entrevista con dos psiquiatras y una psicóloga. Duró una hora aproximadamente, y me dijeron que no me iban a medicar, que tenía que hacer terapia psicológica.»
«Me atendieron con puntualidad, y como en ese momento tenía problemas para dormir, me recetaron unas pastillas. Me dijeron que me llamaban en la semana para coordinar el comienzo de la terapia. Pasaron dos semanas y nada; intenté comunicarme y no pude. Esta semana me llamaron. Me dijeron que hay dos tipos: la psicológica y la terapia en grupo. Yo creo que quiero la grupal. La diferencia es que, en la individual hablas de vos, yo ya sé cómo es, porque ya fui a terapia. Primero fui al Pereira Rossell (dos sesiones), y después fui a la privada (ahí iba seguido).»

Comentario 38 Regional Noreste

Mujer usuaria privada mayor de 25 años

«En un momento... no se planteó la posibilidad directa de trabajar con un familiar mío, pero cuando hablábamos de mi familia, me decía: “quiero que traigas fotos de ellos, del lugar donde vivís”, cosas así. Pero en ningún momento se habló de hacer una terapia grupal... Tampoco nadie me habló de hacer otro tipo de actividades que me ayudaran a mejorar y eso que estuve muy mal. No, nunca nadie me habló de eso.»

Comentario 39 Regional metropolitana

Familiar usuaria privada mayor de 25 años

«... es que ni los funcionarios saben que es lo que tienen que cobrar, no tienen la menor información, y no solo en psicología. El otro día a mi tía le cobraron la ambulancia de traslado interno entre la emergencia central y la unidad de internación cardiológica. Buscamos en internet porque nos llamó la atención y efectivamente no se cobra porque es interno. En ese momento uno está preocupado y paga. Hicimos el reclamo pero nos dijeron que si ya está pago es difícil que devuelvan el tique, a no ser que hagamos un juicio (*risas*).»

Comentario 40 Regional metropolitana

Familiar (madre) usuario privado, varón menor de 25 años

«Sugiero que fueran más publicitados, que la gente supiera adónde dirigirse porque en realidad la gente no sabe a dónde ir. Que fueran más difundidos y que hubiera un equipo multidisciplinario para atender hasta el caso más sencillo, que nunca son sencillos.»

Comentario 41 Regional metropolitana

Familiar (madre) usuario privado, varón menor de 25 años

«Mi hijo dejó el medicamento hace unos tres meses, tomaba dos días se olvidaba y así lo dejó y el único inconveniente que tiene es que se duerme recién de madrugada pero la verdad que no encuentro que esté peor. Se levanta a las 6 y se va a estudiar y viene y se acuesta una siesta. Pero si tuviera un equipo me sentiría más respaldada. Él se atiende con psiquiatra de adolescente.»

Comentario 42 Regional Norte

Mujer usuaria privada mayor de 25 años

«Gracias por tomarse un tiempo para hacer esto si quieren les puedo aplicar la encuestas a otras mujeres.

En cuanto a mi experiencia yo cuando asisto (tres veces en mi vida) al psiquiatra es para que me escuchen; estoy en contra de medicalizarme teniendo 28 años. La primera vez me llevó mi mamá porque no me podía controlar; ella hablo con el psiquiatra y él me recetó pastillas sin ni siquiera hablar conmigo. Yo tenía 15 años y las pastillas me dejaban boba, le decía a mi mamá que las tomaba pero empecé a tirarlas. Fui en mayo de este año y me mando tranquilizantes para antes de dormir, pero no las tomo y hago 10 lagartijas antes de dormir por mi cuenta, ando de lujo y tengo tremendos brazos.»

Cuaderno de notas Grupo Focal. Reunión 17 de agosto de 2012

Grupo Focal con organizaciones de usuarios

Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP)

COMISION DE SALUD MENTAL

Hora: 16:00 h Duración 120'

Coordinadores Beatriz Fernández, Carla Palombo

Participantes: Comisión de Salud Mental del MNUSPP; integrantes de diferentes colectivos vinculados a la Salud Mental: Colectivo La Grieta: Salud Mental y DD. HH.; ASUMIR, grupo de familiares La Esperanza entre otros.

La Comisión de Salud Mental se formó en abril de 2011. Ella está conformada por representantes departamentales que participan voluntariamente, y se reúnen mensualmente. Su coordinadora es Zulis Goyen.

Actualmente, si bien el Movimiento está representado por miembros provenientes de todo el país, la Comisión de Salud Mental, en particular, no cuenta con un nivel de participación con representación de todos los departamentos.

La función desempeñada por los representantes de usuarios de los sistemas de salud está contemplada en el marco del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.

Existen otras dos organizaciones de usuarios de la salud: el «Movimiento Participativo» (el cual no cuenta con una Comisión de Salud Mental), y «Salud para Todos».

Sin embargo, la única que tiene personería jurídica, cumple con todas las formalidades legales y está reconocida como tal por el MSP es el MNUSPP.

Por ello es que los miembros del Movimiento fueron convocados en 2011 para participar en una reunión con la Comisión del MSP que elaboró el Protocolo base del Plan de Prestaciones en Salud Mental. A su vez, también estuvieron presentes cuatro representantes del Movimiento en la primera evaluación del plan, que tuvo lugar en mayo de 2012.

En este último encuentro, surgieron versiones desencontradas y contradictorias entre el discurso de los representantes de las mutualistas y el de los usuarios, con respecto a la implementación de las nuevas prestaciones en Salud Mental.

Para el MNUSPP, los prestadores de salud del sector privado no cumplen con lo pautado en ninguno de los tres modos previstos en el plan. Por ello, consideran que la evaluación positiva presentada al MSP en la reunión del mes de mayo es totalmente falsa.

En Durazno, las disposiciones del Decreto 305/011, principalmente en el caso de las mutualistas, no se están cumpliendo en términos de plazos. Se considera que su puesta en práctica implicará un tiempo mayor.

En el caso de los prestadores de Salud Pública, existen respuestas (incluso anteriores al plan) para aquellas situaciones de mayor severidad; sin embargo, el resto de las situaciones están siendo semicontempladas.

A partir de las jornadas con Blassi, se entiende que una de las principales carencias que existen en nuestro país (y en nuestro sistema de salud), es la falta de sistematización de la información.

En el caso de Paysandú, concretamente en el hospital de la ciudad de Guichón, se formó un grupo interdisciplinario a instancias de su director (que es licenciado en

Enfermería), el cual trabaja sobre la detección de diagnósticos tempranos en áreas concretas: se trabaja con embarazadas, cesación de tabaquismo, contaminación por agro-tóxicos, y actualmente se implementa el espacio adolescente. El equipo técnico está integrado por: un médico de familia (el único que hay en el hospital), dos enfermeros, una psicóloga, una psiquiatra y un agente comunitario.

Aparentemente estas intervenciones no estarían siendo económicamente sustentadas con los fondos previstos en el plan.

En Rivera, funciona una consejería telefónica que brinda respuestas a situaciones de consumo problemático de drogas. Ella funciona sin recursos del MSP. En el marco del plan funciona, en el hospital de la ciudad, una unidad de Salud Mental cuya responsable es la psiquiatra xxx.

Entre las próximas actividades del Movimiento, se destaca la reunión de la Junta Departamental de Salud (JUDESA) a realizarse el 8 de setiembre, en el local del BPS (18 de Julio y Jackson).

El nuevo Plan de Salud Mental no se ocupa de la tercera edad. Es fundamental que merece ser tenida en cuenta, pero, sin embargo, celebramos que existe al parecer una apuesta a la prevención. Lástima ver que ante la disyuntiva tal vez se deje fuera a los veteranos, que han dejado su vida trabajando y finalmente queden relegados o de no ser así, no son atendidos, entonces estaríamos hablando de omisión y eso sería terrible.

También nos preocupa que no están considerados las familias, que en situaciones límites que pudieran pasar como una internación en CTI o un accidente que sin ser fatal marcara alguna secuela.

Comentario 2

A mi entender, lo que no se logra resolver con el plan son los tiempos de espera ante la urgencia mayor o la internación restringida a treinta días al año; donde aún no se ha logrado una estabilidad mínima ni flexibilizar los plazos. Y de esto van a tratar de zafar, sobre todo las mutualistas, porque un día de internación es muy caro. La Comisión le mete trabajo para arreglar la marcha en cada uno de los prestadores pero lo que hace falta es fiscalizar más para que de verdad se cumpla con el plan. El plan está bueno, pero los privados se matan de risa, y dicen «sí, sí» pero hacen lo que les sirve.

Comentario 3

Para mí seguramente la mayor dificultad está en que los prestadores, no solo no apuestan a la rehabilitación, sino que generalmente un solo profesional decidía la «suerte» del usuario; por otra parte, el tener que brindar apoyo a la familia y su entorno e involucrar a otros técnicos, es decir agrandar la cancha de las personas afectadas es una forma de luchar contra la marginación que se hacía. Ni bien aparecía un síntoma, una anormalidad, algo fuera de lo común, ¡zas! Ya no solo serán los medicamentos las compañías del usuario, sino que tendrían otras alternativas que le ampliarán su horizonte.

Comentario 4

Desde el Movimiento deberíamos exigir que se vayan cumpliendo con las prestaciones de acuerdo a lo que ha sido establecido; es el único camino que tenemos los usuarios de asegurarnos de que la implementación sea de verdad y que no quede en planillas que dejan contentos a los jefes, pero que

lamentablemente no responden a la realidad. Son los delegados los que deben controlar que se cumpla.

Comentario 5

Todo plan se puede perfeccionar y se hace sobre la marcha y es sobre las situaciones no previstas que se presentan, que debe ir mejorándose y no poniendo palos en la rueda a su implementación por inviable. Los Comités de Recepción, si bien de primera no son obligatorios para el usuario, en el transcurso del tiempo debiera considerarse, pues es una garantía que haya más de una mirada sobre un problema o una patología; y sabemos bien que cuando te das cuenta, es porque hace pila que ya están instalada.

Comentario 6

Los grupos de autoayuda son muy resistidos no solo por los prestadores, también existe resistencia a nivel popular por la tendencia de autoexclusión y como la avestruz de meter la cabeza bajo la arena. Pero bien podrían servir como acciones de prevención. Por eso es muy importante divulgar que existe esta alternativa para que vaya decreciendo la tensión.

Comentario 7

La inclusión, por elemental que sea, es abrir una brecha en la resistencia popular y así contribuir a que haya avances concretos y los prestadores se vean en la necesidad de satisfacer las demandas que se generarán a partir de estos hechos, y propongo que nos volvamos al tema de la tesis para discutir la necesidad de profundizar las acciones de prevención, que por ahora no hemos visto mucho.

Cuaderno de notas Grupo Focal. Reunión 24 de setiembre de 2012

En la pizarra del salón, se ha escrito un cartel rudimentario que dice:

«Somos personas que sentimos igual que todas. Queremos, lloramos, vivimos, respiramos...»

Nos gusta ser queridos y no discriminados. No me mires raro, ni pongas cara de lástima porque nosotros los miramos bien y no con lástima.»

En el comienzo de la reunión, se propone discutir el sentido de las palabras escritas en el pizarrón, y surge el término «desmanicomialización» que generó entre otros, los siguientes comentarios de los usuarios:

«¿Demanicomialización? me suena ridícula esa palabra, me suena a tomada de pelo; me da risa.»

«A mí me gusta; a nosotros nos tienen manicomializados... y estamos en proceso de desmanicomialización...»

«Habría que tomarla con humor...»

«¿Qué es el humor?»

«Hay que verla desde su lado positivo»

«Humor negro», le contestan: «no, humor bien...»

«Para la sociedad, vos decís que vas al Vilardebó, y estás manicomializado»

«[...] yo concuerdo con lo que dicen, porque una vez que uno pasa por el Vilardebó, o por una internación, ya estás estigmatizado. Entonces el afuera nos ve como manicomializados. Viéndolo desde el lado positivo, ahora estamos en el proceso inverso»

«Han habido muchos cambios en el Vilardebó, desde hace unos años atrás hasta ahora. El Vilardebó ahora tiene un montón de actividades, profesores y demás... el Vilardebó se está desmanicomializando. A lo que era antes... cómo era antes el Vilardebó»

«No hay mucha diferencia...»

«Hay diferencia, sí...»

«Hay salas donde no hay diferencias. Tenemos que dormir con los champions de almohada...»

«Vos ahora podés hacer panadería, vas al taller de música, de cerámica. Te comunicás, hay un seguimiento grupal...»

«Faltan monjas, que tengan otra calidez, otro contacto...»

«Ahora se ha avanzado en la medicación, en el conocimiento de las enfermedades... en este momento hay un curso sobre bipolaridad, en el Vilardebó, para esquizofrénicos. Podes acceder a aprender sobre tu enfermedad; hay más comunicación con el psicólogo y el psiquiatra, y más desarrollo de la persona»

«Quienes han participado de la radio Vilardebó, hemos visto mayor integración. Antes la vida ahí, era como estar prácticamente preso. No podías ni siquiera estar dos minutos en el patio, porque enseguida te llevaban para adentro de la sala. «Veías a mucha gente llorar, porque en los días de visita no venía nadie a verlos. No eran lágrimas de cocodrilo, los veías llorando. Decían: me quiero ir; sáquenme de aquí. ¿Entendes? Es muy fuerte... tendría que haber una ley para que cualquier persona que esté en un hospital, tenga derecho a una visita diaria de un pariente o de un amigo... día por medio, para que le lleve un caramelo, o lo que fuere...»

«El comedor también cambió... ahora podés almorzar; hay otro ambiente, está limpio. Yo hice una pasantía voluntaria en el comedor del Vilardebó. Me encantó, me encantó... Antes era tipo cárcel, te servían con el cucharón, ¡pláfatel!» *(hace un gesto con la mano)*.

«[...] eso es demanicomializar; ¡es eso justamente! Cambiar eso...»

Coordinador: «el manicomio no solo tiene que ver con la reja o con el muro, sino con la forma de relacionarnos».

«Yo, por ejemplo, fui a un hogar psiquiátrico. Mis únicas salidas eran al centro diurno, si no hubiera centro diurno, me hubiera quedado encerrada en el hospital psiquiátrico donde me dejó mi esposo. Me depositó ahí, y ahí quedé. Si estuviera en ese lugar no podría haber venido a esta reunión, porque ahí después de las seis de la tarde no podés salir sin decir a dónde vas. No vayas a ver a un abogado, porque se arma lío...»

«El Vilardebó ha logrado tener un centro diurno, para que mucha gente que vive en hogares, o que tenga malas relaciones con la familia, tenga un lugar a dónde ir para relacionarse con pares, donde progresar y expresarse. Antes eso no... al menos en lo privado... Villa Carmen es un encierro desde que entrás hasta que salís. Shock eléctrico, medicación y ¡pum! Y es privado... y se paga mucho. Si pasás el mes, tenés que tener plata para seguir pagando.»

«Yo lo que encontré en el Vilardebó, no lo pago con nada. Y lo que encontré en el Pasteur, como las enfermeras, personal especializado en Salud Mental, no lo pago con nada. Una dedicación total. Era fin de año, todos estaban de fiesta y ellos estaban buscando mi diagnóstico. Nunca fui tan bien tratada como en el Pasteur y en el Vilardebó. Me alegro de haber dejado de pagar lo que pagaba en un centro privado. Estaba manicomializada en el centro privado. No lo estoy en el Vilardebó. Ahí le digo a la psicóloga: necesito hablar contigo, y ella me hace un espacio. Los profesores de la UTU son amorosos conmigo.»

«Hoy fui al médico, y me dio la libertad de la casa psiquiátrica... Después me hago un chequeo, para seguir con el diagnóstico, por el asunto de que faltan partes de la historia. Quiere decir que yo hice toda una evolución positiva, en todos estos meses de Vilardebó. No se puede ni decir, cómo estaba yo... para mí me demanicomializaron. Me gusta la palabra porque hay que establecer relaciones normales. Lo que pasa es que te cortan las alas; te sacan las plumas... y sangra cuando te las sacan...»

«Yo quería contar que hace 34 años me enfermé y me internaron en el Vilardebó. Después de 30 años volví al Vilardebó y me anoté en la pasantía para Huerta Orgánica. Pienso que en eso ha cambiado mucho, en la posibilidad de poder trabajar por un sueldo y, principalmente, recuperar los hábitos de trabajo. Cumplir un horario, hacer tu tarea con responsabilidad, tener tu tarea asignada y cumplirla, respetar a los técnicos, y aprender un poco de todo. Después que salí de ahí, hoy en día manejo un taxi... logré recuperar mi profesión de toda la vida. Ahora tengo 58 años; salí después de 34 años de padecimiento... de haberme perdido y haberme encontrado.»

«Yo les agradezco; también al Centro Nacional de Rehabilitación... Uno pasa el período de internación, después se rehabilita y tiene que reinsertarse en la sociedad. Establecer nuevos vínculos de confianza que permiten que te reincorpores nuevamente. Para mí es fundamental desestigmatizar, porque el loco puede estar

más sano que uno y puede cometer un homicidio... Yo pregunté el otro día, cuántos internados había. Me dijeron 310. Pregunté cuántos habían en el centro diurno. Me dijeron 47. Es decir, que no todos tienen acceso al centro diurno.»

«Siempre está la autoeliminación rondando... cómo no se te va a cruzar si sentís que no sos nada, ni nadie... O directamente son personas que viven al día...»

«Es interesante ver cuando surgen ofertas laborales, incluso en gente muy bien formada, con muchas herramientas, que por tener un diagnóstico el trabajo que se le da es lavando un baño, o lavando un piso, o trabajos muy mal pagados. No digo que no sean dignos, pero a veces... es el último trabajo el que les dan. Es como seguir reproduciendo lógicas de discapacidad...»

«Es lo que yo digo: somos el último orejón del tarro; es la ridiculez del último orejón del tarro... Yo hice esos trabajos, lavé baños, escaleras, pisos... Yo pienso que a medida que se reincorporan los hábitos de trabajo, se puede luchar por un lugar mejor, esforzándose más, capacitándose más... Yo manejo un taxi, pero antes de eso, empecé siendo canillita...»

Coordinador: «el trabajo es un problema; es difícil acceder a un trabajo...»

«Con más edad, es más difícil... Nos descalifican por el hecho de tener una enfermedad psiquiátrica, aunque tengas mucha experiencia.»

«Hemos estado trabajando en instituciones públicas y privadas, viendo si se están aplicando las nuevas políticas en Salud Mental y son muy pocas las que lo hacen. Entonces, ¿qué logramos al cerrar manicomios? Eso no vuelve a la comunidad. No hay elementos concretos para continuar los procesos como el del Vilardebó, afuera de los manicomios. ¿Por qué no hablamos de las colonias? Porque están lejos...»

Se definen consignas que representan el sentir colectivo de los usuarios.

«Qué pasa que todo el mundo habla de desmanicomialización, deshumanización, psiquiátrico? Palabras de los técnicos, bla, bla, bla...»

Yo cuando me voy a sacar sangre para hacerme el hemograma, me dicen: “andá, callate, salí de acá, andá a pedir tabaco...” (ridiculiza el “mal trato” que recibe). Debería haber estudiado psicología para entender eso, capaz...» (*Risas*)

«Cuando llegué al Vilardebó, llegué por violencia doméstica. Estaba toda golpeada, mi esposo me dejó allí y me internaron. Nunca me preguntaron qué me pasó; ese fue un error grave del Vilardebó. Y de ahí al hogar, y del hogar al centro diurno. En el hogar lo más importante era la libertad; ir al centro diurno y pensar que iba a hacer bizcochos, por ejemplo, iba a volver a usar la computadora. En las casas de salud, todos tenemos distinto precio; no hay un arancel. Si te llevan por urgencia, te pueden cobrar 18 mil pesos por nada... la gente que paga menos, no sale; hace tareas dentro del hogar.»

Es todo un negocio; los residenciales son un negocio. Yo estuve en uno en que me obligaban a firmar un poder general y absoluto. Yo dije que no...»

«Se ha avanzado mucho, pero para mí falta muchísimo... te dan medicación y prueban, y prueban y prueban. Yo probé trescientas medicaciones diferentes. Desde que nací tengo problemas de autoeliminación; mi padre se suicidó y me agravó el problema. Estuve muchísimos años sufriendo; cambiando de psiquiatras, de psicólogos... y no tienen la más mínima idea. Después de tantos intentos, me curé yo mismo... a ver si me entiende...»

«Hay un montón de oportunidades, de ayudas; pero lo importante es que uno de el primer paso para salir... es el 50 % ...»

Cuaderno de notas Grupo Focal. Reunión 1.º de octubre de 2012

Agosto 2012

Hora inicio: 20:00 h

Hora finalización: 22:30 h

En la pizarra del salón, hay un nuevo cartel que dice:

«Nos gusta la música, leer, estudiar, salir, querer y ser queridos.

Nos gusta trabajar y no dar trabajo. Que nos escuches cuando hablamos o comunicamos en otras formas si no podemos hablar u oír.»

En este contexto, se hace una presentación colectiva y algunos de los usuarios cuentan su experiencia.

— «... la medicación no es una cura para nosotros; la receta que tenemos nosotros en El Roble es... nos juntamos, hablamos, escuchamos música... nos escuchamos a nosotros mismos, los problemas de nosotros, los problemas de todos. El que quiera hablar, habla.

Se escribe, se lee, merendamos, comemos, tomamos mate. Todo en esas dos horas...

Ahí me siento bien conmigo misma; si vos te querés a vos mismo, podés querer al prójimo.

En el grupo empezamos siendo cuatro y ahora somos cerca de veinte.»

— «¿Dónde es Solange?»

— «En el barrio Bella Italia; en Ap. Saravia y Florencia.»

— «Está muy buena la propuesta que dice ella, porque la mayoría de los doctores nos medica y nos dicen vaya para su casa. Y no es así. Acá te escuchan, andan atrás tuyo... No somos animales para andar dopados, somos seres humanos. Y como tales queremos que nos respeten.»

— «Además, ahí nadie manda, somos todos iguales.»

La gente de El Roble comenta refiriéndose a una actividad recreativa realizada recientemente:

— «Estuvimos haciendo empanadas y nos fue bastante bien. Nos sentimos respaldados por la gente y por ustedes también» (se refiere a quienes organizaron la actividad). Más allá de la recaudación, es una señal para nosotros de seguir adelante y ver que estamos por buen camino.»

La Esperanza

— «Nosotros somos el colectivo de La Esperanza, un grupo de familiares. Es un grupo de ayuda mutua para los familiares, porque también ellos necesitan contar su problemática y sentirse apoyados. También tratamos de buscar soluciones, de estar presentes para ver qué podemos hacer. Somos familiares de personas con esquizofrenia, no con otras patologías psiquiátricas. No tenemos un lugar propio; alquilamos un lugarcito en la calle Rodó.»

Radio Vilardevoz

— «Yo soy de Radio Vilardevoz, y quisiera invitarlos este viernes a las cinco de la tarde, a la Feria del Libro, donde se va a estar presentando el libro de la Radio, *Palabras Impacientes*, que recoge las elaboraciones de los participantes

del taller de escritura en estos últimos años. Es en el Salón Dorado de la Intendencia.

Rescata la experiencia del taller de escritura de los últimos años con poemas, acontecimientos, anécdotas de cada uno de los participantes que fueron elaborando y luego digitalizando.

Ya se hizo una presentación previa en *La Diaria*; el libro se agotó y este año se hizo una reedición.»

Coordinación

Un poco de la mano con lo que decía la compañera de El Roble, trascender un poco ese modelo medicalizado, buscando otras alternativas para estar bien, para que uno se sienta bien y así evitar posibles situaciones de crisis. Que muchas veces no pasan por una pastilla, una medicación sino con vincularse con el otro, con hacer actividades que a uno lo hagan sentir bien...

Cooperativa de empanadas

— «Nosotros desde la cooperativa de empanadas, nos vemos reflejados en eso que decís... Nos sentimos incentivados, nos apoyamos unos a otros, nos damos fuerza. Lo lindo de todo eso es que el esfuerzo que hacen los psicólogos, ellos sienten que no es en vano; que el grupo sale adelante. Estamos dejando la vereda de la enfermedad, para pasar a la vereda del trabajo. No rechazándola, pero sacándonos un poco la enfermedad de encima. No vamos a dejar de tomar las pastillas y todo lo que digan, siempre con orden las cosas.»

— «El sentimiento se comparte de para qué estamos; tenemos una concepción de que estamos para fortalecer las redes, esta red no se puede perder, lo primordial es que no se pierda esta experiencia. Tenemos que estar juntos para trabajar este tema porque cuantas más perspectivas podamos tener, y hablar desde distintos lugares, más rico se va a hacer todo. Empezar a sentir un poco más.»

— «La solidaridad ante todo... porque una gota con otra gota, pronto se hace aguacero.»

Asociación ASUMIR

— «Somos de la Asociación ASUMIR, que tiene representantes en todo el Uruguay, pero tiene su sede en Montevideo. Tenemos grupos que se están formando en el interior a través de Patronato. Fuimos convocados por la asociación de usuarios de salud pública y privada, de la cual somos parte. Hace poco tuvimos una reunión y somos alrededor de cincuenta... Hay integrantes de Sayago, Sur Palermo, de Patronato.»

El audio está bastante distorsionado por el ambiente y es imposible entender lo que dice el usuario.

— «Como grupo de usuarios que somos, estamos tratando de hacer cumplir nuestras obligaciones y defender nuestros derechos. Sin dejar la medicación, sin dejar el tratamiento.»

Bibliobarrio

— «Yo represento a Bibliobarrio; es una biblioteca que comenzó de a poco. Somos un grupo de trabajadores y estamos luchando por una biblioteca popular. Además tenemos una editorial con materiales reciclados... Comenzó todo

con un proyecto de Extensión y ahora la manejamos nosotros, gente con patologías psiquiátricas.

Nos sentimos muy cómodos; estamos buscando un lugar en la sociedad a nivel laboral. Lo que se busca es una autogestión como biblioteca y editorial, que haya igualdad para todos porque somos un grupo. Presentamos un proyecto al Mides pero no tuvimos suerte.»

Luego de la reunión discute la situación de las personas con padecimiento psíquico persistente:

— «A las personas con patologías muchas veces se las segrega y no se dan cuenta de los valores que tiene la persona. No se habla de todas las capacidades que tiene; se habla de la enfermedad, pero no se expone que...

En mi caso, gracias al cielo, uno trabaja de otra manera. Uno se ordena, uno ve que puede hacer determinadas cosas como mucha gente de acá. Están en la reunión sacando apuntes, trabajan de una manera especial. A veces no se les da importancia o directamente se segrega a esa gente y no se nos valoriza. Pienso que estamos muy mal vistos.»

— «¿Vos decís que estamos discriminados?»

— «Sí, sí. A veces toman al esquizofrénico, hablando mal y pronto, como un monstruo.»

— «Te ponen un rótulo y ahí quedas.»

Coordinador: «...Hay que encarar, decir, enunciar y otorgar visión, visibilidad sobre ciertas cuestiones que están invisibles. En ese sentido, yo creo que un anteproyecto de ley Salud Mental nuestro país lo tiene que tener como lo tiene Argentina, Brasil, Chile y muchos otros países de la región. Un anteproyecto de ley que garantice que la Salud Mental, como aquí se ha planteado, es un derecho humano y que además necesita recursos y necesita atención...»

«Lo único que es esto, somos nosotros para adentro, que es muchísimo. Esto solo tendrá sentido si sigue acumulándose, y en un año y medio esto existe con siete, ocho, nueve movidas y una ida al Parlamento, cuando se discuta el anteproyecto de ley, en las barras...»

Cuadros encuesta a usuarios

Total de encuestas consideradas (n=576),

- sector público 47 % (n=274)
- sector privado 53 % (n=302)
- sin cobertura 0 % (n=0)

Cuadro 1

Capital interior				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Montevideo	117	20,3	20,3
	Interior	459	79,7	100,0
	Total	576	100,0	

Cuadro 2

Capital interior				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Montevideo	117	20,3	20,3
	Interior	459	79,7	100,0
	Total	576	100,0	

Cuadro 3

Regionales				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Reg. Este	88	15,3	15,3
	Reg. Litoral	97	16,8	32,1
	Reg. Centro	94	16,3	48,4
	Reg. Noreste	84	14,6	63,0
	Reg. Norte	94	16,3	79,3
	Montevideo	119	20,7	100,0
	Total	576	100,0	

Cuadro 4

En general, ¿es bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental de su localidad?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	274	47,4	47,4	47,4
	No	197	34,1	34,1	81,5
	No sabe	107	18,5	18,5	100,0
	Total	578	100,0	100,0	

Cuadro 5

Tabla de contingencia regionales ¿En general, es bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental de su localidad?						
Recuento						
Servicio			¿En general, es bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental de su localidad?			Total
			Sí	No	No sabe	
Público	Regionales	Reg. Este	16	16	6	38
		Reg. Litoral	43	10	6	59
		Reg. Centro	9	25	2	36
		Reg. Noreste	10	23	16	49
		Reg. Norte	24	8	14	46
		Montevideo	19	15	12	46
	Total		121	97	56	274
Privado	Regionales	Reg. Este	23	18	9	50
		Reg. Litoral	38	0	0	38
		Reg. Centro	19	29	10	58
		Reg. Noreste	3	18	14	35
		Reg. Norte	17	19	12	48
		Montevideo	53	15	5	73
	Total		153	99	50	302

Cuadro 6

Tabla de contingencia regionales ¿En general, es bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental de su localidad? % Dentro de regionales							
Servicio				¿En general, es bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental de su localidad?			Total
				Sí	No	No sabe	
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	16	16	6	38
			% dentro de regionales	42,1	42,1	15,8	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	43	10	6	59
			% dentro de regionales	72,9	16,9	10,2	100,0
		Reg. Centro	Recuento	9	25	2	36
			% dentro de regionales	25,0	69,4	5,6	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	10	23	16	49
			% dentro de regionales	20,4	46,9	32,7	100,0

Servicio				¿En general, es bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental de su localidad?			Total		
				Sí	No	No sabe			
Público	Regionales	Reg. Norte	Recuento	24	8	14	46		
			% dentro de regionales	52,2	17,4	30,4	100,0		
		Montevideo	Recuento	19	15	12	46		
			% dentro de regionales	41,3	32,6	26,1	100,0		
	Total			Recuento	121	97	56	274	
				% dentro de regionales	44,2	35,4	20,4	100,0	
Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	23	18	9	50		
			% dentro de regionales	46,0	36,0	18,0	100,0		
		Reg. Litoral	Recuento	38	0	0	38		
			% dentro de regionales	100,0	0,0	0,0	100,0		
		Reg. Centro	Recuento	19	29	10	58		
			% dentro de regionales	32,8	50,0	17,2	100,0		
		Reg. Noreste	Recuento	3	18	14	35		
			% dentro de regionales	8,6	51,4	40,0	100,0		
		Reg. Norte	Recuento	17	19	12	48		
			% dentro de regionales	35,4	39,6	25,0	100,0		
		Montevideo	Recuento	53	15	5	73		
			% dentro de regionales	72,6	20,5	6,8	100,0		
		Total			Recuento	153	99	50	302
					% dentro de regionales	50,7	32,8	16,6	100,0

Cuadro 7

¿La primera consulta la realiza un Equipo de Recepción?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	194	33,7	33,7	33,7
	No	161	28,0	28,0	61,6
	No sabe	221	38,4	38,4	100,0
	Total	576	100,0	100,0	

Cuadro 8

Tabla de contingencia regionales * ¿La primera consulta la realiza un Equipo de Recepción? % dentro de regionales									
Servicio				¿La primera consulta la realiza un Equipo de Recepción?			Total		
				Sí	No	No sabe			
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	10 _a	14 _a	14 _a	38		
			% dentro de regionales	26,3	36,8	36,8	100,0		
		Reg. Litoral	Recuento	10 _a	16 _a	33 _a	59		
			% dentro de regionales	16,9	27,1	55,9	100,0		
		Reg. Centro	Recuento	17 _a	9 _b	10 _b	36		
			% dentro de regionales	47,2	25,0	27,8	100,0		
		Reg. Noreste	Recuento	0 _a	7 _b	42 _c	49		
			% dentro de regionales	0,0	14,3	85,7	100,0		
		Reg. Norte	Recuento	19 _a	12 _{a,b}	15 _b	46		
			% dentro de regionales	41,3	26,1	32,6	100,0		
		Montevideo	Recuento	13 _{a,b}	20 _b	13 _a	46		
			% dentro de regionales	28,3	43,5	28,3	100,0		
		Total			Recuento	69	78	127	274
					% dentro de regionales	25,2	28,5	46,4	100,0
Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	22 _a	8 _b	20 _{a,b}	50		
			% dentro de regionales	44,0	16,0	40,0	100,0		
		Reg. Litoral	Recuento	8 _a	18 _b	12 _a	38		
			% dentro de regionales	21,1	47,4	31,6	100,0		
		Reg. Centro	Recuento	35 _a	13 _b	10 _c	58		
			% dentro de regionales	60,3	22,4	17,2	100,0		
		Reg. Noreste	Recuento	0 _a	0 _a	35 _b	35		
			% dentro de regionales	0,0	0,0	100,0	100,0		
		Reg. Norte	Recuento	6 _a	11 _{a,b}	31 _b	48		
			% dentro de regionales	12,5	22,9	64,6	100,0		
		Montevideo	Recuento	18 _a	26 _b	29 _a	73		
			% dentro de regionales	24,7	35,6	39,7	100,0		
		Total			Recuento	89	76	137	302
					% dentro de regionales	29,5	25,2	45,4	100,0

Nota: cada letra de subíndice indica un subconjunto de ¿la primera consulta la realiza un Equipo de Recepción? categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel 0,05.

Cuadro 9

En general es buena la competencia de los profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros)						
Servicio			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Público	Válidos	Sí	92	33,6	33,6	33,6
		No	94	34,3	34,3	67,9
		No sabe/no contesta	88	32,1	32,1	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	103	34,1	34,1	34,1
		No	64	21,2	21,2	55,3
		No sabe/no contesta	135	44,7	44,7	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 10

Tabla de contingencia regionales * En general es buena la competencia de los profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros) % dentro de regionales							
Servicio				En general es buena la competencia de los profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros)			Total
				Sí	No	No sabe/no contesta	
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	0	28	10	38
			% dentro de regionales	0,0	73,7	26,3	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	33	13	13	59
			% dentro de regionales	55,9	22,0	22,0	100,0
		Reg. Centro	Recuento	0	20	16	36
			% dentro de regionales	0,0	55,6	44,4	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	17	8	24	49
			% dentro de regionales	34,7	16,3	49,0	100,0
		Reg. Norte	Recuento	23	12	11	46
			% dentro de regionales	50,0	26,1	23,9	100,0
		Montevideo	Recuento	19	13	14	46
			% dentro de regionales	41,3	28,3	30,4	100,0
		Total	Recuento	92	94	88	274
			% dentro de regionales	33,6	34,3	32,1	100,0

Servicio				En general es buena la competencia de los profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros)			Total
				Sí	No	No sabe/no contesta	
Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	18	9	23	50
			% dentro de regionales	36,0	18,0	46,0	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	30	8	0	38
			% dentro de regionales	78,9	21,1	0,0	100,0
		Reg. Centro	Recuento	6	36	16	58
			% dentro de regionales	10,3	62,1	27,6	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	12	6	17	35
			% dentro de regionales	34,3	17,1	48,6	100,0
		Reg. Norte	Recuento	20	13	15	48
			% dentro de regionales	41,7	27,1	31,3	100,0
		Montevideo	Recuento	47	17	9	73
			% dentro de regionales	64,4	23,3	12,3	100,0
		Total	Recuento	133	89	80	302
			% dentro de regionales	44,0	29,5	26,5	100,0

Cuadro 11

¿Se debe pagar tique por las consultas?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Sí	1	0,4	0,4	0,4
		No	273	99,6	99,6	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	302	100,0	100,0	100,0

Cuadro 12

Si se debe pagar tique, ¿el costo es accesible?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Privado	Válidos	Sí	90	29,8	29,8	29,8
		No	210	69,5	69,5	99,3
		No sabe	2	0,7	0,7	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 13

¿El tiempo de espera para la 1.º consulta le parece adecuado?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Sí	69	25,2	25,2	25,2
		No	129	47,1	47,1	72,3
		Ni buena ni mala	42	15,3	15,3	87,6
		No sabe	34	12,4	12,4	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	210	69,5	69,5	69,5
		No	50	16,6	16,6	86,1
		Ni buena ni mala	40	13,2	13,2	99,3
		No sabe	2	0,7	0,7	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 14

Tabla de contingencia Servicio. El tiempo de espera para la 1.ª consulta le parece adecuado? % dentro de Servicio								
Regionales				¿El tiempo de espera para la 1.ª consulta le parece adecuado?				Total
				Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe	
Reg. Este	Servicio	Público	Recuento	9	23	6	0	38
			% dentro de Servicio	23,7	60,5	15,8	0,0	100,0
		Privado	Recuento	28	6	15	1	50
			% dentro de Servicio	56,0	12,0	30,0	2,0	100,0
	Total	Recuento	37	29	21	1	88	
		% dentro de Servicio	42,0	33,0	23,9	1,1	100,0	
Reg. Litoral	Servicio	Público	Recuento	7	40	12		59
			% dentro de Servicio	11,9	67,8	20,3		100,0
		Privado	Recuento	33	5	0		38
			% dentro de Servicio	86,8	13,2	0,0		100,0
	Total	Recuento	40	45	12		97	
		% dentro de Servicio	41,2	46,4	12,4		100,0	

Regionales				¿El tiempo de espera para la 1.ª consulta le parece adecuado?				Total
				Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe	
Reg. Centro	Servicio	Público	Recuento	6	20	10		36
			% dentro de Servicio	16,7	55,6	27,8		100,0
		Privado	Recuento	32	15	11		58
			% dentro de Servicio	55,2	25,9	19,0		100,0
	Total	Recuento	38	35	21		94	
		% dentro de Servicio	40,4	37,2	22,3		100,0	
Reg. Noreste	Servicio	Público	Recuento	25	0	8	16	49
			% dentro de Servicio	51,0	0,0	16,3	32,7	100,0
		Privado	Recuento	22	10	3	0	35

Cuadro 15

¿El día de la consulta se respeta la hora fijada para la cita?						
Servicio			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Público	Válidos	Sí	136	49,6	49,6	49,6
		No	80	29,2	29,2	78,8
		Ni buena ni mala	10	3,6	3,6	82,5
		No sabe	48	17,5	17,5	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	239	79,1	79,1	79,1
		No	4	1,3	1,3	80,5
		Ni buena ni mala	57	18,9	18,9	99,3
		No sabe	2	,7	,7	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 16

¿El tiempo entre consulta y consulta le parece adecuado?						
Servicio			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Público	Válidos	Sí	107	39,1	39,1	39,1
		No	126	46,0	46,0	85,0
		Ni buena ni mala	6	2,2	2,2	87,2
		No sabe	35	12,8	12,8	100,0
		Total	274	100,0	100,0	

Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Privado	Válidos	Sí	97	32,1	32,1	32,1
		No	192	63,6	63,6	95,7
		Ni buena ni mala	11	3,6	3,6	99,3
		No sabe	2	0,7	0,7	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 17

¿En general, los técnicos se muestran interesados y comprensivos del problema por el cual se consulta?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Sí	97	35,4	35,4	35,4
		No	115	42,0	42,0	77,4
		Ni buena ni mala	27	9,9	9,9	87,2
		No sabe	35	12,8	12,8	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	87	28,8	28,8	28,8
		No	166	55,0	55,0	83,8
		Ni buena ni mala	26	8,6	8,6	92,4
		No sabe	23	7,6	7,6	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 18

¿En general, cree que los técnicos conocen la situación por la cual se consulta?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Sí	58	21,2	21,2	21,2
		No	124	45,3	45,3	66,4
		Ni buena ni mala	43	15,7	15,7	82,1
		No sabe	49	17,9	17,9	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	100	33,1	33,1	33,1
		No	131	43,4	43,4	76,5
		Ni buena ni mala	38	12,6	12,6	89,1
		No sabe	33	10,9	10,9	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 19

¿Considera que se respeta el secreto profesional?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Sí	144	52,6	52,6	52,6
		No	60	21,9	21,9	74,5
		Ni buena ni mala	28	10,2	10,2	84,7
		No sabe	42	15,3	15,3	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	145	48,0	48,0	48,0
		No	78	25,8	25,8	73,8
		Ni buena ni mala	67	22,2	22,2	96,0
		No sabe	12	4,0	4,0	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 20

¿Considera que es fácil acudir a la Emergencia del Servicio de Salud Mental en días laborables?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Sí	80	29,2	29,2	29,2
		No	109	39,8	39,8	69,0
		Ni buena ni mala	28	10,2	10,2	79,2
		No sabe	57	20,8	20,8	100,0
		Total	274	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Sí	68	22,5	22,5	22,5
		No	112	37,1	37,1	59,6
		Ni buena ni mala	89	29,5	29,5	89,1
		No sabe	33	10,9	10,9	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 21

Tabla de contingencia regionales * ¿Considera que es fácil acudir a la Emergencia del Servicio de Salud Mental en días laborables? % dentro de regionales								
Servicio				¿Considera que es fácil acudir a la Emergencia del Servicio de Salud Mental en días laborables?				Total
				Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe	
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	0	30	0	8	38
			% dentro de regionales	0,0	78,9	0,0	21,1	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	6	23	20	10	59
			% dentro de regionales	10,2	39,0	33,9	16,9	100,0
		Reg. Centro	Recuento	18	12	2	4	36
			% dentro de regionales	50,0	33,3	5,6	11,1	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	33	0	0	16	49
			% dentro de regionales	67,3	0,0	0,0	32,7	100,0
		Reg. Norte	Recuento	13	19	4	10	46
			% dentro de regionales	28,3	41,3	8,7	21,7	100,0
		Montevideo	Recuento	10	25	2	9	46
			% dentro de regionales	21,7	54,3	4,3	19,6	100,0
		Total	Recuento	80	109	28	57	274
			% dentro de regionales	29,2	39,8	10,2	20,8	100,0
Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	1	17	26	6	50
			% dentro de regionales	2,0	34,0	52,0	12,0	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	8	18	6	6	38
			% dentro de regionales	21,1	47,4	15,8	15,8	100,0
		Reg. Centro	Recuento	6	26	16	10	58
			% dentro de regionales	10,3	44,8	27,6	17,2	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	14	2	16	3	35
			% dentro de regionales	40,0	5,7	45,7	8,6	100,0
		Reg. Norte	Recuento	18	18	10	2	48
			% dentro de regionales	37,5	37,5	20,8	4,2	100,0

Servicio				¿Considera que es fácil acudir a la Emergencia del Servicio de Salud Mental en días laborables?				Total
				Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe	
Privado	Regionales	Montevideo	Recuento	21	31	15	6	73
			% dentro de regionales	28,8	42,5	20,5	8,2	100,0
	Total	Recuento	68	112	89	33	302	
		% dentro de regionales	22,5	37,1	29,5	10,9	100,0	

Cuadro 22

Y durante la noche o en días feriados, ¿es fácil acudir a la Emergencia?						
Servicio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Sí	31	11,3	11,4	11,4
		No	167	60,9	61,4	72,8
		Ni buena ni mala	27	9,9	9,9	82,7
		No sabe	47	17,2	17,3	100,0
		Total	272	99,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	0,7		
	Total		274	100,0		
Privado	Válidos	Sí	51	16,9	16,9	16,9
		No	200	66,2	66,2	83,1
		Ni buena ni mala	18	6,0	6,0	89,1
		No sabe	33	10,9	10,9	100,0
		Total	302	100,0	100,0	

Cuadro 23

Tabla de contingencia regionales ¿En general, la medicación está disponible en el Servicio? % dentro de regionales										
Servicio				¿En general, la medicación está disponible en el Servicio?				Total		
				Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe			
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	18	12	8	0	38		
			% dentro de regionales	47,4	31,6	21,1	0,0	100,0		
Público	Regionales	Reg. Litoral	Recuento	23	20	6	10	59		
			% dentro de regionales	39,0	33,9	10,2	16,9	100,0		
		Reg. Centro	Recuento	21	15	0	0	36		
			% dentro de regionales	58,3	41,7	0,0	0,0	100,0		
		Reg. Noreste	Recuento	23	0	10	16	49		
			% dentro de regionales	46,9	0,0	20,4	32,7	100,0		
		Reg. Norte	Recuento	22	8	6	10	46		
			% dentro de regionales	47,8	17,4	13,0	21,7	100,0		
		Montevideo	Recuento	31	3	3	9	46		
			% dentro de regionales	67,4	6,5	6,5	19,6	100,0		
		Total			Recuento	138	58	33	45	274
					% dentro de regionales	50,4	21,2	12,0	16,4	100,0
		Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	31	18		1	50
					% dentro de regionales	62,0	36,0		2,0	100,0
Reg. Litoral	Recuento			26	0		12	38		
	% dentro de regionales			68,4	0,0		31,6	100,0		
Reg. Centro	Recuento			19	33		6	58		
	% dentro de regionales			32,8	56,9		10,3	100,0		
Reg. Noreste	Recuento			3	20		12	35		
	% dentro de regionales			8,6	57,1		34,3	100,0		
Reg. Norte	Recuento			25	10		13	48		
	% dentro de regionales			52,1	20,8		27,1	100,0		

Servicio			¿En general, la medicación está disponible en el Servicio?				Total	
			Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe		
Privado	Regionales	Montevideo	Recuento	54	6		13	73
			% dentro de regionales	74,0	8,2		17,8	100,0
	Total		Recuento	158	87		57	302
			% dentro de regionales	52,3	28,8		18,9	100,0

Cuadro 24

Tabla de contingencia regionales ¿Los familiares son tenidos en cuenta en el tratamiento? % dentro de regionales									
Servicio			¿Los familiares son tenidos en cuenta en el tratamiento?				Total		
			Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe			
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	0	38		0	38	
			% dentro de regionales	0,0	100,0		0,0	100,0	
		Reg. Litoral	Recuento	19	30		10	59	
			% dentro de regionales	32,2	50,8		16,9	100,0	
		Reg. Centro	Recuento	10	26		0	36	
			% dentro de regionales	27,8	72,2		0,0	100,0	
		Reg. Noreste	Recuento	8	25		16	49	
			% dentro de regionales	16,3	51,0		32,7	100,0	
		Reg. Norte	Recuento	13	23		10	46	
			% dentro de regionales	28,3	50,0		21,7	100,0	
		Montevideo	Recuento	25	12		9	46	
			% dentro de regionales	54,3	26,1		19,6	100,0	
		Total		Recuento	75	154		45	274
				% dentro de regionales	27,4	56,2		16,4	100,0
Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	19	30	0	1	50	
			% dentro de regionales	38,0	60,0	0,0	2,0	100,0	

Servicio			¿Los familiares son tenidos en cuenta en el tratamiento?				Total	
			Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe		
Privado	Regionales	Reg. Litoral	Recuento	18	8	0	12	38
			% dentro de regionales	47,4	21,1	0,0	31,6	100,0
		Reg. Centro	Recuento	10	48	0	0	58
			% dentro de regionales	17,2	82,8	0,0	0,0	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	3	32	0	0	35
			% dentro de regionales	8,6	91,4	0,0	0,0	100,0
	Reg. Norte	Recuento	10	33	2	3	48	
		% dentro de regionales	20,8	68,8	4,2	6,3	100,0	
	Montevideo	Recuento	31	33	0	9	73	
		% dentro de regionales	42,5	45,2	0,0	12,3	100,0	
Total		Recuento	91	184	2	25	302	
		% dentro de regionales	30,1	60,9	0,7	8,3	100,0	

Cuadro 25

Tabla de contingencia regionales ¿Se informa sobre lo que se ofrece en el Servicio de Salud Mental? % dentro de regionales								
Servicio			¿Se informa sobre lo que se ofrece en el Servicio de Salud Mental?				Total	
			Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe		
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	0	36	2	0	38
			% dentro de regionales	0,0	94,7	5,3	0,0	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	23	26	0	10	59
			% dentro de regionales	39,0	44,1	0,0	16,9	100,0
	Reg. Centro	Recuento	4	32	0	0	36	
		% dentro de regionales	11,1	88,9	0,0	0,0	100,0	
	Reg. Noreste	Recuento	0	23	10	16	49	
		% dentro de regionales	0,0	46,9	20,4	32,7	100,0	

Servicio			¿Se informa sobre lo que se ofrece en el Servicio de Salud Mental?				Total	
			Sí	No	Ni buena ni mala	No sabe		
Público	Regionales	Reg. Norte	Recuento	13	21	0	12	46
			% dentro de regionales	28,3	45,7	0,0	26,1	100,0
	Montevideo	Recuento	2	35	0	9	46	
		% dentro de regionales	4,3	76,1	0,0	19,6	100,0	
	Total		Recuento	42	173	12	47	274
		% dentro de regionales	15,3	63,1	4,4	17,2	100,0	
Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	13	22	14	1	50
			% dentro de regionales	26,0	44,0	28,0	2,0	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	0	26	6	6	38
			% dentro de regionales	0,0	68,4	15,8	15,8	100,0
		Reg. Centro	Recuento	10	48	0	0	58
			% dentro de regionales	17,2	82,8	0,0	0,0	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	3	22	10	0	35
			% dentro de regionales	8,6	62,9	28,6	0,0	100,0
		Reg. Norte	Recuento	14	21	12	1	48
			% dentro de regionales	29,2	43,8	25,0	2,1	100,0
		Montevideo	Recuento	14	40	14	5	73
			% dentro de regionales	19,2	54,8	19,2	6,8	100,0
Total		Recuento	54	179	56	13	302	
		% dentro de regionales	17,9	59,3	18,5	4,3	100,0	

Cuadro 26

Tabla de contingencia regionales ¿En el Servicio se informa sobre otras actividades o instituciones que puedan ayudar en el problema de consulta? % dentro de regionales							
Servicio			¿En el Servicio se informa sobre otras actividades o instituciones que puedan ayudar en el problema de consulta?			Total	
			Sí	No	No sabe		
Público	Regionales	Reg. Este	Recuento	0	38	0	38
			% dentro de regionales	0,0	100,0	0,0	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	10	39	10	59
			% dentro de regionales	16,9	66,1	16,9	100,0
		Reg. Centro	Recuento	10	24	2	36
			% dentro de regionales	27,8	66,7	5,6	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	8	25	16	49
			% dentro de regionales	16,3	51,0	32,7	100,0
		Reg. Norte	Recuento	11	25	10	46
			% dentro de regionales	23,9	54,3	21,7	100,0
		Montevideo	Recuento	14	23	9	46
			% dentro de regionales	30,4	50,0	19,6	100,0
		Total	Recuento	53	174	47	274
			% dentro de regionales	19,3	63,5	17,2	100,0

Servicio			¿En el Servicio se informa sobre otras actividades o instituciones que puedan ayudar en el problema de consulta?			Total	
			Sí	No	No sabe		
Privado	Regionales	Reg. Este	Recuento	15	29	6	50
			% dentro de regionales	30,0	58,0	12,0	100,0
		Reg. Litoral	Recuento	0	32	6	38
			% dentro de regionales	0,0	84,2	15,8	100,0
		Reg. Centro	Recuento	10	40	8	58
			% dentro de regionales	17,2	69,0	13,8	100,0
		Reg. Noreste	Recuento	13	20	2	35
			% dentro de regionales	37,1	57,1	5,7	100,0
		Reg. Norte	Recuento	21	25	2	48
			% dentro de regionales	43,8	52,1	4,2	100,0
		Montevideo	Recuento	27	39	7	73
			% dentro de regionales	37,0	53,4	9,6	100,0
		Total	Recuento	86	185	31	302
			% dentro de regionales	28,5	61,3	10,3	100,0

Sexo		
	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	53,7	53,7
	46,3	100,0
	100,0	
Estadísticos		
Edad		
N	Válidos	54
	Perdidos	0
Media		58,15
Moda		60
Mínimo		37
Máximo		74

Cuadros reunión de la Junasa

Regionales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Reg. Este	9	16,7	16,7	16,7
	Reg. Litoral	9	16,7	16,7	33,3
	Reg. Centro	9	16,7	16,7	50,0
	Reg. Noreste	9	16,7	16,7	66,7
	Reg. Norte	9	16,7	16,7	83,3
	Montevideo	9	16,7	16,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Sector					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Público	32	59,3	59,3	59,3
	Privado	22	40,7	40,7	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 1

La eficacia de los Servicios para ayudar a los usuarios a afrontar los problemas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malísima	11	20,4	20,4	20,4
	Generalmente insatisfactoria	22	40,7	40,7	61,1
	Ni buena ni mala	9	16,7	16,7	77,8
	Generalmente satisfactoria	9	16,7	16,7	94,4
	No sabe/no contesta	3	5,6	5,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 1b

Regionales			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Reg. Este	Válidos	Malísima	4	44,4	44,4
		Generalmente insatisfactoria	5	55,6	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Litoral	Válidos	Malísima	1	11,1	11,1
		Generalmente insatisfactoria	4	44,4	55,6
		Ni buena ni mala	2	22,2	77,8
		Generalmente satisfactoria	2	22,2	100,0
		Total	9	100,0	

Regionales		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Reg. Centro	Válidos	Malísima	2	22,2	22,2
		Generalmente insatisfactoria	5	55,6	77,8
		Ni buena ni mala	1	11,1	88,9
		Generalmente satisfactoria	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Noreste	Válidos	Malísima	2	22,2	22,2
		Generalmente insatisfactoria	1	11,1	33,3
		Generalmente satisfactoria	3	33,3	66,7
		No sabe/no contesta	3	33,3	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Norte	Válidos	Malísima	2	22,2	22,2
		Generalmente insatisfactoria	3	33,3	55,6
		Ni buena ni mala	2	22,2	77,8
		Generalmente satisfactoria	2	22,2	100,0
		Total	9	100,0	
Montevideo	Válidos	Generalmente insatisfactoria	4	44,4	44,4
		Ni buena ni mala	4	44,4	88,9
		Generalmente satisfactoria	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	

Cuadro 2

La manera de tratar del personal de recepción o secretaría, por teléfono o personalmente				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	1	1,9	1,9
	Generalmente satisfactoria	20	37,0	38,9
	Ni buena ni mala	12	22,2	61,1
	Generalmente insatisfactoria	13	24,1	85,2
	Malísima	4	7,4	92,6
	No sabe/no contesta	4	7,4	100,0
	Total	54	100,0	

Cuadro 3

La competencia y profesionalidad de los psiquiatras					
Regionales		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Reg. Este	Válidos	Generalmente insatisfactoria	3	33,3	33,3
		Ni buena ni mala	5	55,6	88,9
		Generalmente satisfactoria	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Litoral	Válidos	Malísima	1	11,1	11,1
		Generalmente insatisfactoria	1	11,1	22,2
		Generalmente satisfactoria	5	55,6	77,8
		Excelente	1	11,1	88,9
		No sabe/no contesta	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Centro	Válidos	Malísima	1	11,1	11,1
		Generalmente insatisfactoria	3	33,3	44,4
		Ni buena ni mala	2	22,2	66,7
		Generalmente satisfactoria	3	33,3	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Noreste	Válidos	Ni buena ni mala	3	33,3	33,3
		Generalmente satisfactoria	2	22,2	55,6
		Excelente	3	33,3	88,9
		No sabe/no contesta	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Norte	Válidos	Generalmente insatisfactoria	2	22,2	22,2
		Ni buena ni mala	3	33,3	55,6
		Generalmente satisfactoria	3	33,3	88,9
		No sabe/no contesta	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Montevideo	Válidos	Generalmente insatisfactoria	2	22,2	22,2
		Ni buena ni mala	2	22,2	44,4
		Generalmente satisfactoria	5	55,6	100,0
		Total	9	100,0	

Cuadro 4

La competencia y profesionalidad de los psicólogos					
Regionales			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Reg. Este	Válidos	Generalmente insatisfactoria	1	11,1	11,1
		Ni buena ni mala	6	66,7	77,8
		Generalmente satisfactoria	1	11,1	88,9
		Excelente	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Litoral	Válidos	Generalmente insatisfactoria	4	44,4	44,4
		Generalmente satisfactoria	3	33,3	77,8
		Excelente	2	22,2	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Centro	Válidos	Generalmente insatisfactoria	3	33,3	33,3
		Generalmente satisfactoria	6	66,7	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Noreste	Válidos	Generalmente insatisfactoria	3	33,3	33,3
		Generalmente satisfactoria	2	22,2	55,6
		Excelente	3	33,3	88,9
		No sabe/no contesta	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Reg. Norte	Válidos	Ni buena ni mala	4	44,4	44,4
		Generalmente satisfactoria	3	33,3	77,8
		Excelente	1	11,1	88,9
		No sabe/no contesta	1	11,1	100,0
		Total	9	100,0	
Montevideo	Válidos	Generalmente insatisfactoria	1	11,1	11,1
		Ni buena ni mala	1	11,1	22,2
		Generalmente satisfactoria	4	44,4	66,7
		No sabe/no contesta	3	33,3	100,0
		Total	9	100,0	

Cuadro 5

La competencia y profesionalidad de los trabajadores sociales						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Malísima	2	6,3	6,3	6,3
		Generalmente insatisfactoria	7	21,9	21,9	28,1
		Ni buena ni mala	6	18,8	18,8	46,9
		Generalmente satisfactoria	14	43,8	43,8	90,6
		Excelente	2	6,3	6,3	96,9
		No sabe/no contesta	1	3,1	3,1	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Generalmente insatisfactoria	3	13,6	13,6	13,6
		Ni buena ni mala	9	40,9	40,9	54,5
		Generalmente satisfactoria	4	18,2	18,2	72,7
		Excelente	2	9,1	9,1	81,8
		No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 6

La competencia y profesionalidad de otros profesionales de la salud						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Generalmente insatisfactoria	9	28,1	28,1	28,1
		Ni buena ni mala	11	34,4	34,4	62,5
		Generalmente satisfactoria	10	31,3	31,3	93,8
		No sabe/no contesta	2	6,3	6,3	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Generalmente insatisfactoria	4	18,2	18,2	18,2
		Ni buena ni mala	11	50,0	50,0	68,2
		Generalmente satisfactoria	6	27,3	27,3	95,5
		No sabe/no contesta	1	4,5	4,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 7

El coste del servicio ofrecido (por ejemplo, de tiques, medicamentos, etc.)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Generalmente satisfactoria	8	14,8	14,8	14,8
	Ni buena ni mala	9	16,7	16,7	31,5
	Generalmente insatisfactoria	14	25,9	25,9	57,4
	Malísima	15	27,8	27,8	85,2
	No sabe/no contesta	8	14,8	14,8	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 8

La puntualidad y el tiempo de espera cuando se acude a una cita						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Malísima	9	28,1	28,1	28,1
		Generalmente insatisfactoria	10	31,3	31,3	59,4
		Generalmente satisfactoria	8	25,0	25,0	84,4
		Excelente	1	3,1	3,1	87,5
		No sabe/no contesta	4	12,5	12,5	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Malísima	4	18,2	18,2	18,2
		Generalmente insatisfactoria	6	27,3	27,3	45,5
		Ni buena ni mala	4	18,2	18,2	63,6
		Generalmente satisfactoria	6	27,3	27,3	90,9
		Excelente	1	4,5	4,5	95,5
		No sabe/no contesta	1	4,5	4,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 9

Las explicaciones que se dan acerca de los tratamientos y pruebas utilizadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Excelente	3	5,6	5,6	5,6
	Generalmente satisfactoria	12	22,2	22,2	27,8
	Ni buena ni mala	12	22,2	22,2	50,0
	Generalmente insatisfactoria	16	29,6	29,6	79,6
	Malísima	3	5,6	5,6	85,2
	No sabe/no contesta	8	14,8	14,8	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 10

Las respuestas del servicio ante las urgencias durante el día (en los días laborables)						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Excelente	3	9,4	9,4	9,4
		Generalmente satisfactoria	7	21,9	21,9	31,3
		Ni buena ni mala	10	31,3	31,3	62,5
		Generalmente insatisfactoria	6	18,8	18,8	81,3
		Malísima	3	9,4	9,4	90,6
		No sabe/no contesta	3	9,4	9,4	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Excelente	3	13,6	13,6	13,6
		Generalmente satisfactoria	3	13,6	13,6	27,3
		Ni buena ni mala	7	31,8	31,8	59,1
		Generalmente insatisfactoria	4	18,2	18,2	77,3
		Malísima	1	4,5	4,5	81,8
		No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 11

Las respuestas del servicio ante las urgencias durante la noche y los días festivos						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Malísima	10	31,3	31,3	31,3
		Generalmente insatisfactoria	10	31,3	31,3	62,5
		Ni buena ni mala	5	15,6	15,6	78,1
		Excelente	3	9,4	9,4	87,5
		No sabe/no contesta	4	12,5	12,5	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Malísima	6	27,3	27,3	27,3
		Generalmente insatisfactoria	6	27,3	27,3	54,5
		Ni buena ni mala	2	9,1	9,1	63,6
		Generalmente satisfactoria	2	9,1	9,1	72,7
		Excelente	2	9,1	9,1	81,8
		No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 12

La continuidad con la que se sigue el caso por los mismos profesionales						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Excelente	2	6,3	6,3	6,3
		Generalmente satisfactoria	13	40,6	40,6	46,9
		Ni buena ni mala	3	9,4	9,4	56,3
		Generalmente insatisfactoria	9	28,1	28,1	84,4
		Malísima	2	6,3	6,3	90,6
		No sabe/no contesta	3	9,4	9,4	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Excelente	1	4,5	4,5	4,5
		Generalmente satisfactoria	5	22,7	22,7	27,3
		Ni buena ni mala	6	27,3	27,3	54,5
		Generalmente insatisfactoria	4	18,2	18,2	72,7
		Malísima	2	9,1	9,1	81,8
		No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 13

La confidencialidad y el respeto de los derechos como individuo						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Excelente	1	3,1	3,1	3,1
		Generalmente satisfactoria	14	43,8	43,8	46,9
		Ni buena ni mala	5	15,6	15,6	62,5
		Generalmente insatisfactoria	8	25,0	25,0	87,5
		Malísima	1	3,1	3,1	90,6
		No sabe/no contesta	3	9,4	9,4	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Generalmente satisfactoria	9	40,9	40,9	40,9
		Ni buena ni mala	5	22,7	22,7	63,6
		Generalmente insatisfactoria	4	18,2	18,2	81,8
		Malísima	2	9,1	9,1	90,9
		No sabe/no contesta	2	9,1	9,1	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 14

¿Cuál es su impresión general sobre los medicamentos prescritos?						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	Malísima	2	6,3	6,3	6,3
		Generalmente insatisfactoria	6	18,8	18,8	25,0
		Ni buena ni mala	13	40,6	40,6	65,6
		Generalmente satisfactoria	5	15,6	15,6	81,3
		Excelente	2	6,3	6,3	87,5
		No sabe/no contesta	4	12,5	12,5	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Malísima	2	9,1	9,1	9,1
		Generalmente insatisfactoria	5	22,7	22,7	31,8
		Ni buena ni mala	3	13,6	13,6	45,5
		Generalmente satisfactoria	5	22,7	22,7	68,2
		Excelente	1	4,5	4,5	72,7
		No sabe/no contesta	6	27,3	27,3	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 15

¿Cuál es su impresión sobre la ayuda que ofrecen los miembros del equipo para mejorar la conducta y las capacidades útiles para la vida social y laboral (por ejemplo, entrar en lugares públicos, hacer las tareas de la casa, comportarse de manera adecuada?)						
Sector			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Público	Válidos	Malísima	4	12,5	12,5	12,5
		Generalmente insatisfactoria	5	15,6	15,6	28,1
		Ni buena ni mala	7	21,9	21,9	50,0
		Generalmente satisfactoria	11	34,4	34,4	84,4
		Excelente	1	3,1	3,1	87,5
		No sabe/no contesta	4	12,5	12,5	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	Malísima	5	22,7	22,7	22,7
		Generalmente insatisfactoria	4	18,2	18,2	40,9
		Ni buena ni mala	7	31,8	31,8	72,7
		Generalmente satisfactoria	1	4,5	4,5	77,3
		No sabe/no contesta	5	22,7	22,7	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 16

¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica individual con el objetivo de mejorar la comprensión de los problemas o algún cambio en la conducta de los pacientes?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe/no contesta	3	5,6	5,6	5,6
	No	19	35,2	35,2	40,7
	Sí	32	59,3	59,3	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 17

¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica individual con el objetivo de mejorar la comprensión de los problemas o algún cambio en la conducta de los pacientes?						
Sector			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Público	Válidos	No sabe/no contesta	1	3,1	3,1	3,1
		No	11	34,4	34,4	37,5
		Sí	20	62,5	62,5	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	No sabe/no contesta	2	9,1	9,1	9,1
		No	8	36,4	36,4	45,5
		Sí	12	54,5	54,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 18

¿Sabe si en su departamento se practica la internación de pacientes en contra de su voluntad?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	s/d	4	7,4	7,4	7,4
	No sabe/no contesta	4	7,4	7,4	14,8
	No corresponde	1	1,9	1,9	16,7
	No	29	53,7	53,7	70,4
	Sí	16	29,6	29,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 19

¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica familiar con el objetivo de mejorar o cambiar las relaciones entre los miembros de la familia?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe/no contesta	6	11,1	11,1	11,1
	No	16	29,6	29,6	40,7
	Sí	32	59,3	59,3	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 20

¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica familiar con el objetivo de mejorar o cambiar las relaciones entre los miembros de la familia?

Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	No sabe/no contesta	2	6,3	6,3	6,3
		No	9	28,1	28,1	34,4
		Sí	21	65,6	65,6	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	18,2
		No	7	31,8	31,8	50,0
		Sí	11	50,0	50,0	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 21

¿Sabe si existe en su departamento oferta de servicios de casas de medio camino, o pisos protegidos con personal de apoyo para pacientes psiquiátricos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	s/d	5	9,3	9,3	9,3
	No sabe/no contesta	6	11,1	11,1	20,4
	No corresponde	1	1,9	1,9	22,2
	No	36	66,7	66,7	88,9
	Sí	6	11,1	11,1	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 22

¿Sabe si existe en su departamento oferta de servicios de casas de medio camino, o pisos protegidos con personal de apoyo para pacientes psiquiátricos?						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	s/d	3	9,4	9,4	9,4
		No sabe/no contesta	2	6,3	6,3	15,6
		No	23	71,9	71,9	87,5
		Sí	4	12,5	12,5	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	s/d	2	9,1	9,1	9,1
		No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	27,3
		No corresponde	1	4,5	4,5	31,8
		No	13	59,1	59,1	90,9
		Sí	2	9,1	9,1	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 23

¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta psicoterapéutica de grupo (por ejemplo, reuniones de grupo de pacientes con uno o más terapeutas con el propósito de obtener un aumento de la comprensión que tiene el paciente de su problema?)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe/no contesta	6	11,1	11,1	11,1
	No	25	46,3	46,3	57,4
	Sí	23	42,6	42,6	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 24

¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta psicoterapéutica de grupo (por ejemplo, reuniones de grupo de pacientes con uno o más terapeutas con el propósito de obtener un aumento de la comprensión que tiene el paciente de su problema?)						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	No sabe/no contesta	2	6,3	6,3	6,3
		No	13	40,6	40,6	46,9
		Sí	17	53,1	53,1	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	18,2
		No	12	54,5	54,5	72,7
		Sí	6	27,3	27,3	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 25

¿Sabe si en su departamento existen actividades laborales protegidas (ambiente laboral tolerante respecto a los problemas que padece el paciente con el fin de facilitarle la reincorporación laboral), para pacientes psiquiátricos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe/no contesta	9	16,7	16,7	16,7
	No	34	63,0	63,0	79,6
	Sí	11	20,4	20,4	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 26

¿Sabe si en su departamento existen actividades laborales protegidas (ambiente laboral tolerante respecto a los problemas que padece el paciente con el fin de facilitarle la reincorporación laboral), para pacientes psiquiátricos?						
Sector		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Público	Válidos	No sabe/no contesta	5	15,6	15,6	15,6
		No	20	62,5	62,5	78,1
		Sí	7	21,9	21,9	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	No sabe/no contesta	4	18,2	18,2	18,2
		No	14	63,6	63,6	81,8
		Sí	4	18,2	18,2	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Cuadro 27

¿Sabe si en su departamento durante el último año, existe ayuda de profesionales para participar en actividades al margen de los servicios de salud mental?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	s/d	46	85,2	85,2	85,2
	No sabe/no contesta	7	13,0	13,0	98,1
	No corresponde	1	1,9	1,9	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Cuadro 28

¿Sabe si en su departamento durante el último año, existe ayuda de profesionales para participar en actividades al margen de los servicios de salud mental?						
Sector			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Público	Válidos	s/d	27	84,4	84,4	84,4
		No sabe/no contesta	5	15,6	15,6	100,0
		Total	32	100,0	100,0	
Privado	Válidos	s/d	19	86,4	86,4	86,4
		No sabe/no contesta	2	9,1	9,1	95,5
		No corresponde	1	4,5	4,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Pauta general de entrevistas

1. Identificar y describir las características generales de los dispositivos en los Servicios Integrales de Salud comprendidos en el plan.
 - a. Servicio público o privado
 - b. Ubicación geográfica del servicio (urbano, periférico, suburbano, rural, etc.)
 - c. Breve referencia a la población asistida en el servicio
 - d. Nivel de Atención de la Salud Mental (Primer nivel, hospitales, hospital psiquiátrico, ONG, Patronato, etc.)
 - e. n.º de personas en atención
 - f. n.º de personas en lista de espera
 - g. existencia de mecanismos de supervisión
 - h. existencia de evaluación y control disponibles en el Servicio
 - i. El énfasis del servicio es:
 - La promoción
 - La prevención
 - El tratamiento
 - La rehabilitación
2. Identificar y describir el perfil profesional de quienes brindan asistencia en los Servicios Integrales de Salud comprendidos en el plan (n.º de personal asignado):
 - a. n.º de psiquiatras
 - b. n.º de psicólogos
 - c. n.º de trabajadores sociales
 - d. n.º de enfermeros
 - e. n.º de otros técnicos (talleristas por ejemplo)
 - f. El personal disponible es suficiente como para atender la demanda
3. Indagar sobre la perspectiva que tienen los decisores políticos respecto del plan y como perciben el proceso de su implementación.
 - a. En general se ha cumplido con lo previsto para el primer año de implementación del Plan de Prestaciones en Salud Mental
 - b. Se han nombrado los directores de Salud Mental
 - c. En general se han implementado los equipos de recepción
 - d. Se llevan registros sobre las prestaciones, las prácticas realizadas y los procedimientos desarrollados en los Servicio de Salud Mental
 - e. Se cumple con la entrega de informes previstos
 - f. En general, los técnicos están especializados específicamente en la demanda de atención de la población que acude al servicio.
 - g. Dónde entiende que se presentan las fortalezas
 - h. Dónde entiende que se encuentran las debilidades.

4. Indagar sobre la perspectiva que tienen los gestores directivos respecto del plan y como perciben el proceso de su implementación.
 - a. Se llevan registros sobre las prestaciones, las prácticas realizadas y los procedimientos desarrollados en los Servicio de Salud Mental
 - b. Se cumple con la entrega de informes previstos
 - c. En general, los técnicos están especializados específicamente en la demanda de atención de la población que acude al servicio
 - d. Dónde entiende que se presentan las fortalezas
 - e. Dónde entiende que se encuentran las debilidades.
5. Indagar sobre la perspectiva que tienen los académicos calificados en intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales respecto del plan y cómo perciben el proceso de su implementación.
6. Indagar sobre la perspectiva que tienen los técnicos que realizan las intervenciones comprendidas en el plan y como perciben el proceso de su implementación.
 - a. considera que en el servicio se cubren las necesidades de atención de la población que es asistida
 - b. considera que existen recursos asistenciales donde derivar las situaciones que no quedan comprendidas parcial y totalmente en su servicio
 - c. se siente apoyado por las otras disciplinas de modo de hacer su trabajo en conjunto
 - d. tiene alguna oportunidad de trabajo en red
 - e. en el servicio existe alguna restricción en la prescripción de medicamentos
 - f. en general, los familiares se interesan por el tratamiento del paciente
 - g. los familiares son incluidos en el tratamiento
 - h. son difundidas a la población las actividades que ofrece el servicio
 - i. tiene oportunidad de supervisión de su trabajo en el servicio
 - j. tiene facilidades para la actualización y capacitación
7. Indagar sobre la perspectiva que tienen los usuarios de las intervenciones comprendidas en el plan y cómo perciben el proceso de su implementación.
 - a. en general, cómo es tratado por el personal de recepción en el servicio de Salud Mental
 - b. existe un Equipo de Recepción
 - c. la competencia profesional del psiquiatra no vio psiquiatra
 - d. la competencia profesional del psicólogo no vio psicólogo
 - e. la competencia profesional de trabajador social no vio trabajador social
 - f. la competencia profesional de enfermería no vio enfermeros
 - g. tuvo que pagar tique Monto _____
 - h. tiempo de espera para 1^o consulta en días _____ o meses _____

- i. cuánto espera para entrar a la consulta
- j. cuánto tiempo pasa entre consulta y consulta en días
o meses
- k. está informado de lo que se ofrece en su servicio
- l. en general es atendido por los mismos técnicos
- m. cree que su historia se mantiene dentro del secreto profesional
- n. como califica la respuesta del servicio en la urgencia en días
laborables
- o. como califica la respuesta del servicio en la urgencia en la noche o
en los feriados
- p. en general, la medicación está disponible en el servicio
- q. en general, se siente comprendido por los técnicos que lo atienden
- r. en general, siente que conocen su situación
- s. los familiares son tenidos en cuenta en su tratamiento
- t. ha recibido información de otras actividades o instituciones que
puedan ayudarle en su problema

Pauta reunión representantes de los usuarios ante la Junasa

- Sexo
 - Edad
 - Regional
 - Sector (público, privado)
1. La eficacia de los Servicios para ayudar a los usuarios a afrontar los problemas
 2. La manera de tratar del personal de recepción o secretaría, por teléfono o personalmente
 3. La competencia y profesionalidad de los psiquiatras
 4. la competencia y profesionalidad de los psicólogos
 5. La competencia y profesionalidad de los trabajadores sociales
 6. La competencia y profesionalidad de otros profesionales de la Salud
 7. El coste del servicio ofrecido (por ejemplo, de tiques, medicamentos, etc.
 8. La puntualidad y el tiempo de espera cuando se acude a una cita
 9. Las explicaciones que se dan, acerca de los tratamientos y pruebas utilizadas
 10. Las respuestas del servicio ante las urgencias durante el día (en los días laborables)
 11. Las respuestas del servicio ante las urgencias durante la noche y los días festivos
 12. La continuidad con la que se sigue el caso por los mismos profesionales
 13. La confidencialidad y el respeto de los derechos como individuo
 14. ¿Cuál es su impresión general sobre los medicamentos prescritos?
 15. ¿Cuál es su impresión sobre la ayuda que ofrecen los miembros del equipo para mejorar la conducta y las capacidades útiles para la vida social y laboral (por ejemplo, entrar en lugares públicos, hacer las tareas de la casa, comportarse de manera adecuada)?
 16. ¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica individual con el objetivo de mejorar la comprensión de los problemas o algún cambio en la conducta de los pacientes?
 17. ¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica individual con el objetivo de mejorar la comprensión de los problemas o algún cambio en la conducta de los pacientes?
 18. ¿Sabe si en su departamento se practica la internación de pacientes en contra de su voluntad?
 19. ¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica familiar con el objetivo de mejorar o cambiar las relaciones entre los miembros de la familia?

20. ¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta de atención psicoterapéutica familiar con el objetivo de mejorar o cambiar las relaciones entre los miembros de la familia?
21. Sabe si existe en su departamento oferta de servicios de casas de medio camino, o pisos protegidos con personal de apoyo para pacientes psiquiátricos?
22. ¿Sabe si existe en su departamento oferta de servicios de casas de medio camino, o pisos protegidos con personal de apoyo para pacientes psiquiátricos?
23. ¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta psicoterapéutica de grupo (por ejemplo, reuniones de grupo de pacientes con uno o más terapeutas con el propósito de obtener un aumento de la comprensión que tiene el paciente de su problema)?
24. ¿Existe en los servicios de salud mental de su departamento, oferta psicoterapéutica de grupo (por ejemplo, reuniones de grupo de pacientes con uno o más terapeutas con el propósito de obtener un aumento de la comprensión que tiene el paciente de su problema)?
25. ¿Sabe si en su departamento existen actividades laborales protegidas (ambiente laboral tolerante respecto a los problemas que padece el paciente con el fin de facilitarle la reincorporación laboral), para pacientes psiquiátricos?
26. ¿Sabe si en su departamento existen actividades laborales protegidas (ambiente laboral tolerante respecto a los problemas que padece el paciente con el fin de facilitarle la reincorporación laboral), para pacientes psiquiátricos?
27. ¿Sabe si en su departamento durante el último año, existe ayuda de profesionales para participar en actividades al margen de los servicios de salud mental?

Encuesta a usuarios

Las preguntas de este cuestionario son ANONIMAS. Tienen como finalidad conocer cuál ha sido la respuesta del Servicio de Salud Mental de su localidad, en el marco de las nuevas prestaciones que tienen obligación de brindar los servicios públicos y privados. Para ello tiene que grabar la encuesta en su PC, marcar las respuestas, grabarlo nuevamente y reenviarlo a adjuntando la encuesta con las respuestas a inclusiopsicosocial@fcs.edu.uy.

Si usted o alguien de su conocimiento cercano ha consultado en un Servicio de Salud Mental en el último año, por favor marque con una X

No corresponde Servicio público Privado Departamento _____ Edad ____ Sexo ____

Las preguntas son sencillas. Es importante que sus respuestas, expresen sin temor su opinión

si no n/sabe

	si	no	n/sabe
1 En general, es bueno el trato del personal de recepción del Servicio de Salud Mental de su localidad?			
2 La primera consulta la realiza un Equipo de Recepción?			
3 En general es buena la competencia de los profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros)			
4 Se debe pagar ticket por las consultas?			
5 Si se debe pagar ticket, el costo es accesible?			
6 El tiempo de espera para la 1ª consulta le parece adecuado?			
7 El día de la consulta se respeta la hora fijada para la cita?			
8 El tiempo entre consulta y consulta le parece adecuado?			
9 En general, atienden los mismos técnicos?			
10 En general, los técnicos se muestran interesados y comprensivos del problema por el cual se consulta?			
11 En general, cree que los técnicos conocen la situación por la cual se consulta?			
12 Considera que se respeta el secreto profesional?			
13 Considera que es fácil acudir a la Emergencia del Servicio de Salud Mental en días laborables?			
14 Y durante la noche o en días feriados, es fácil acudir a la Emergencia?			
15 En general, la medicación está disponible en el Servicio?			
16 Los familiares son tenidos en cuenta en el tratamiento?			
17 Se informa sobre lo que se ofrece en el Servicio de Salud Mental?			
18 En el Servicio se informa sobre otras actividades o instituciones que puedan ayudar en el problema de consulta?			

Si desea escribir un comentario, puede hacerlo a continuación. MUCHAS GRACIAS!

La investigación en Salud Mental y la información nacional disponible en Salud Mental es sumamente escasa, por lo que es necesario que aquellas investigaciones de calidad científica, como la tesis doctoral realizada por Beatriz Fernández Castrillo, puedan ser difundidas frente a la inminente sanción de una ley de Salud Mental en el país.

Este libro procura aportar al debate conceptual explorando un modelo evaluativo de políticas y presentando los resultados de investigación como insumo para pensar el campo siempre en tensión de la Salud Mental en el escenario de las transformaciones políticas incentivadas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El diseño de investigación se inscribe en la triangulación metodológica con énfasis cualitativo para la evaluación del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental de 2011. A partir de diferentes fuentes de información, la autora realiza una revisión del marco legal y de los determinantes históricos que dan origen a esta política pública.

Al mismo tiempo, ordena minuciosamente información heterogénea y dispersa para analizar los datos en cifras aportados por los efectores integrales. Este complejo abordaje metodológico se complementa con una rigurosa mirada cualitativa que indaga sobre la percepción que tienen de la implementación de este plan, los actores involucrados: políticos y gestores, técnicos y académicos, atribuyendo especial interés a la información proveniente de usuarios organizados o no como sociedad civil.

La riqueza de este múltiple enfoque expuesta en una amena narrativa combina referentes teóricos, fuentes de datos y procedimientos, de modo que los resultados de investigación contribuyan a una aproximación comprensiva de las transformaciones que, como dice la autora, justifique la enorme inversión de capital humano, económico, político y social que está haciendo la sociedad uruguaya en su conjunto para superar una realidad que reclama con urgencia.

Evaluador anónimo
CSIC-Udelar

ISBN: 978-9974-0-1448-0



9 789974 014480