



Políticas de Salud Mental en el Uruguay actual: algunos resultados de investigación¹

Current Mental Health Policies in Uruguay: some research results

Beatriz FERNÁNDEZ CASTRILLO*
Alejandra MOREIRA**
Carla PALOMBO***

Resumen: Se discuten avances de una investigación en curso realizada desde el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República-Uruguay. Un equipo interdisciplinario pretende generar un aporte desde la investigación social en el campo de las políticas de Salud Mental a través del estudio del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, decretado en 2011 en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. El diseño metodológico de corte descriptivo tiene énfasis cualitativo por su carácter exploratorio e interpretativo relacional. Se releva la perspectiva de técnicos y usuarios sobre la implementación del Plan a nivel nacional. Se destaca como resultado preliminar la gran desinformación entre los indagados sobre el alcance de esta política innovadora que incluye un cambio de paradigma y que compromete a la sociedad que la sustenta.

Palabras clave: Políticas Públicas. Salud Mental. Interdisciplina.

Abstract: Advances in ongoing research being conducted by the Department of Social Work of the Social Sciences University-Uruguay are discussed. An interdisciplinary team is aiming to generate a contribution from social research in the field of Mental Health policy through the study of the Implementation Plan for Mental Health Benefits, decreed in 2011 within the framework of the National Integrated Health System. The descriptive methodological design has a qualitative emphasis because of its exploratory and interpretative relational character. The perspective of technicians and users on the implementation of the Plan at the national level is highlighted. Wide-scale disinformation among those queried regarding the scope of this innovative policy, which includes a change of paradigm and that commits the society that sustains it, are highlighted as a one preliminary result.

¹ Este artículo fue realizado en el marco del Proyecto CSIC I+D 2016 “Estudio del proceso de implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental en el Uruguay progresista” ID: 188- Comisión Sectorial de Investigación Científica Universidad de la República - UdelaR.

* Trabajadora Social. Doctora PhD Salud Mental Comunitaria. Docente e investigadora, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, da Universidade de La República (UdelaR, Montevideo, Uruguay). Constituyente 1502, Montevideo. Investigador Nivel 1 Sistema Nacional de Investigadores, Agencia Nacional de Investigación e Innovación SNI-ANII. Investigador responsable Proyecto CSIC I+D 2016. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0002-0814-7731>>. E-mail: <beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy>.

** Doctora especializada en Psiquiatría. Docente e investigadora de la Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina. Universidad de la República (UdelaR, Montevideo, Uruguay). Avenida General Flores 2125, Montevideo. Investigador CSIC I+D 2016. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0001-5174-1085>>. E-mail: <alemore@montevideo.com.uy>.

*** Estudiante avanzado Licenciatura en Trabajo Social, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (UdelaR, Montevideo, Uruguay). Investigador CSIC I+D 2016. ORC ID: <<http://orcid.org/0000-0003-3586-8208>>. E-mail: <carlapalombo@gmail.com>.



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2018 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

Keywords: Public Policies. Mental health. Interdiscipline.

Submetido em: 30/7/2018. Aceito em: 10/9/2018.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta comunicación es comentar algunos resultados de una investigación en curso sobre el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM), donde se utilizan metodologías de investigación mixtas propias de las Ciencias Sociales (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011). Teniendo en cuenta las dificultades que sistemáticamente se han registrado en la aplicación de sistemas de medición clásicos en Uruguay para conformar muestras sin riesgo de dispersión de los datos, se intenta contribuir con insumos para mejorar la evaluación de las políticas salubristas, en especial aquellas referentes al campo de la Salud Mental.

En nuestro país, la Salud Mental se constituye en prioridad de la agenda programática del primer gobierno de izquierda que asume en 2005, el cual se propone llevar a cabo una serie de modificaciones sustanciales en el contexto de las Reformas del Estado, que luego en 2009 fueran profundizadas en un segundo período de gobierno. En esta coyuntura se abren posibilidades de innovación en las políticas públicas de Salud en lo que respecta a la gestión y al financiamiento; pero lo fundamental es que las transformaciones están pensadas para dar viabilidad a un nuevo modelo de atención promovido desde el propio Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En términos generales, la orientación política del PIPSM está afiliada a una serie de propuestas y lineamientos internacionales, influenciados por los movimientos sociales impulsados en la región vinculados a la Declaración de Caracas del año 1990.

Este Plan reviste carácter obligatorio y alcance nacional para los prestadores públicos y privados incluidos en el SNIS. Se trata de una política innovadora que incorpora al catálogo de prestaciones una serie de dispositivos psicosociales y psicoterapéuticos en procura de disminuir la brecha de desigualdad en el acceso a los tratamientos de los problemas de Salud Mental.

Este Plan trabaja en los ejes de prevención y promoción de Salud, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria desde un Primer Nivel reforzado. De esta manera, se busca actuar sobre problemáticas prevalentes abordando integralmente distintas franjas etarias (niños, adolescentes y adultos), haciendo foco sobre colectivos considerados multiplicadores de Salud, al tiempo que se da lugar al tratamiento de usuarios con enfermedad mental y su rehabilitación psicosocial.

Para la población de adultos, donde se centra este estudio, el Plan distingue tres modalidades de atención: el MODO 1 asegura la atención grupal con carácter gratuito, hasta 16 sesiones anuales, para usuarios que hubieran sufrido muerte inesperada de un familiar; familiares de personas que hubieran realizado intento de autoeliminación, familiares de personas con uso problemático de sustancias o con trastornos mentales severos y persistentes; personas en situación de violencia doméstica, docentes y personal de la Salud. En el MODO 2 se brinda

atención individual, grupal o familiar, hasta 48 sesiones, con un copago preestablecido dirigido a: usuarios con antecedentes de intentos de autoeliminación, jóvenes de entre 15 y 25 años, personal del sector Educación y del sector Salud. Finalmente el MODO 3, asegura la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales, con un copago menor al establecido en el Modo 2, dirigido a usuarios con consumo problemático de sustancias y/o trastornos mentales severos y persistentes.

El Plan prevé para cada servicio la creación de un Comité de Recepción, la designación de un Coordinador de Salud Mental y de referentes en violencia doméstica, consumo problemático de drogas e intentos de autoeliminación (URUGUAY, 2011).

BREVE RESEÑA DE ANTECEDENTES

El sistema de Salud Mental uruguayo se ha caracterizado por un significativo atraso en sus prácticas fruto del vacío legal que durante más de 70 años existió en este campo². Por la década de los 60 surgen grupos que se movilizan por dignificar la atención a la Salud Mental y se comienzan a planificar programas con una lógica poblacional. En este contexto, la ampliación de la accesibilidad conjuntamente con la aparición de servicios especializados en el tratamiento de grupos sociales vulnerables, incrementa la participación y el control de la comunidad sobre las prestaciones. Paralelamente al aumento de la oferta de tratamientos para poblaciones de bajos recursos, se va concibiendo la participación de los usuarios en consejos consultivos y grupos de defensa de derechos para el control de programas y políticas públicas (FERNÁNDEZ CASTRILLO, 2017). Este proceso de empoderamiento ciudadano se restringe al máximo durante el período de la dictadura militar (1973-1985) donde se incentivan procesos neoliberales que afectaron a las políticas de Estado entre ellas la de Salud, mientras se mercantilizaba el sector.

Con la reapertura democrática, tiene lugar una movilización social, política, gremial, académica que da origen al Plan de Salud Mental de 1986 al tiempo que se retoma la investigación como actividad sistemática de la Universidad. Se destacan experiencias pioneras en la realización de estudios sobre prestaciones en Salud Mental de la Facultad de Medicina, como los aportes realizados por el Equipo de Psicología Médica, basados en la percepción del paciente en la evaluación de calidad de la asistencia (SCHWARTZMANN, 2003). A nivel de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas se consolida el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales, creándose en 1990 el Equipo de Investigación del Programa para la evaluación continua de procesos y resultados a nivel del servicio. (FERNÁNDEZ CASTRILLO; GERPE; VILLALBA, 2010; MONTADO et al., 2011).

En esta línea, la Facultad de Psicología también ha realizado varios esfuerzos, entre los que se señala un estudio sobre las intervenciones psicológicas en el Primer Nivel de Atención (RYDEL NISKI, 2015) y otro que investiga las prácticas psicológicas a nivel de los efectores privados en el marco del PIPSM (ESCUDERO, 2015).

Desde el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales se vienen realizando diferentes estudios académicos con inserción de prácticas pre profesionales y

² Se refiere a Ley n° 9.581 de *Asistencia a Psicópata* de 1936 que tiene vigencia hasta el año 2017 en que se aprueba la Ley Nacional de Salud Mental.

recientemente se ha creado el Área de Salud Mental. A nivel de la evaluación de programas y políticas especializadas se destaca una investigación doctoral que mediante la triangulación metodológica, propone la evaluación del PIPSM-SNIS a dos años de su ejecución (período 2012-2013), relevando la perspectiva de los distintos actores implicados (políticos y gestores, académicos, técnicos y usuarios) en todo el país (FERNÁNDEZ CASTRILLO, 2017).

El estudio presentado en esta oportunidad pretende dar continuidad al proceso de investigación iniciado en 2012, de modo de profundizar en la perspectiva de técnicos y usuarios del Plan a lo largo del primer quinquenio de su implementación.

Interesa señalar el contexto en el cual se realiza el relevamiento, que comienza cuando se promulgaba la Ley de Salud Mental de 2017 y transcurre en el marco de la remoción de las autoridades de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) por parte de la presidencia de la República y de los cuestionamientos parlamentarios hacia los representantes de la sociedad civil organizada en el Directorio de ese organismo. A nivel de las organizaciones sociales seleccionadas³, el relevamiento coincide con el cambio de autoridades fruto de un proceso electoral regular del movimiento de usuarios y para el caso de los familiares, con el afianzamiento organizacional ya que recientemente habían logrado constituirse como federación nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio combina estrategias cuantitativas y cualitativas (Krause, 1995) configurándose como un estudio mixto de cobertura nacional, para el relevamiento de información cuantitativa sobre el funcionamiento global del Plan en las seis Regionales de Salud Mental según distribución territorial del Ministerio de Salud Pública (MSP). Estas son: Montevideo y zona Metropolitana; Regionales Este; Litoral; Centro; Noreste y Norte.

Desde lo cualitativo, mediante encuestas autoadministradas⁴ que fue difundida vía internet, entrevistas presenciales y grupos focales (VALLES MARTÍNEZ, 1999) se recoge la perspectiva de técnicos y usuarios, con el objetivo de obtener una aproximación a la forma en que se están realizando las innovaciones, que por disposición legal de 2011 deben procesarse a nivel de todos los efectores integrales de Salud.

Para contactar a los técnicos efectores del Plan se realizan acuerdos de colaboración y difusión del estudio con asociaciones científicas de nuestro medio.⁵ Corresponde aclarar que, al tratarse de un estudio exploratorio, hemos decidido considerar al conjunto de los técnicos como unidad de análisis, tal si fuera un grupo homogéneo, sin diferenciar edad, sexo, profesión, orientación teórica, procedencia geográfica, etc.

Para el caso de los usuarios, se coordina con el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud

3 Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP) y la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental Caminantes.

4 En oportunidad del estudio publicado en 2017 bajo el título *Texto, pretexto y contexto de las políticas de Salud Mental en el Uruguay Progresista*, referenciado en la bibliografía, se elaboró una ficha que figura en la página 271, la cual fue especialmente adaptada en base al criterio de la Escala de Verona y que fuera debidamente pre testeada. Este instrumento es el mismo que se utiliza en el presente estudio.

5 Asociación de Asistentes Sociales y Trabajadores Sociales del Uruguay ADASU; Coordinadora de Psicólogos del Uruguay CPU y Sociedad de Psiquiatría del Uruguay SPU.

Pública y Privada y en menor medida por la especificidad de su enfoque, con la Federación Caminantes, en función de que ambas organizaciones cuentan con cobertura nacional y tienen personería jurídica. Se contactaron a usuarios de ambos sexos, mayores de 18 años, residentes en el país, que en los últimos 5 años hubieran consultado o mantengan un vínculo cercano con alguien que hubiera consultado en servicios de Salud Mental. Del mismo modo se han organizado grupos focales con integrantes de estas organizaciones, en instancias de varias Juntas Departamentales de Salud (Montevideo, San José, Cerro Largo, etc.) y también con servicios de la Red de Atención Primaria de Maldonado, Paysandú, Tacuarembó, entre otros departamentos que hemos visitado.

Todo el trabajo de campo sigue el criterio desarrollado por la Escala de Verona⁶ para Valoración de la Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental (RUGGERI et al, 2000) para reunir información relativa a: recepción de los servicios de Salud Mental; competencia de los profesionales y respeto de los derechos de usuarios; accesibilidad relacionada a lista de espera, puntualidad de los servicios; acceso a los medicamentos controlados; incorporación de los familiares; información sobre los servicios y los tratamientos disponibles; calidad del servicio y la atención de áreas específicas; capacitación y actualización profesional; existencia de supervisión o instancias de intercambio entre los profesionales; existencia de mecanismos de registros y evaluación del servicio.

A nivel cuantitativo, la información se procesa mediante software estadístico Excel, SPSS Statistics 21. El material cualitativo se organiza como árbol categorial siguiendo idéntico criterio que el de las pautas definidas para el trabajo de campo y procesado mediante software AtlasTi. Finalmente se agrupa y ordena la información según las seis Regionales de Salud Mental y se aplica el modelo de análisis de Estructura-Procesos-Resultados. (DONABEDIAN, 1990).

Los aspectos éticos han sido considerados de acuerdo con principios internacionales y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas – Uruguay. Los datos han sido tratados de manera confidencial, preservando la identidad de los indagados, a quienes se les solicita consentimiento informado en términos comprensibles. Los autores de este estudio declaran no tener conflicto de intereses.

ALGUNOS RESULTADOS

Este estudio se encuentra en desarrollo, sin embargo es posible observar algunos resultados preliminares, derivados de las entrevistas, encuestas y grupos focales realizados en Montevideo y en el interior del país.

La implementación del PIPSM ha sido para muchos usuarios y profesionales consultados, un avance en la ampliación del acceso a los servicios de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Contrariamente, hay quienes sostienen que el PIPSM todavía se encuentra en el plano discursivo y que no ha logrado plasmarse en una innovación de las prácticas ni en un

⁶ La versión original de la Escala de Verona fue traducida al español y validada por el equipo del profesor Francisco Torres de la Universidad de Granada.

cambio de la gestión de los servicios. Las críticas se orientan más hacia quienes diseñan las políticas y planes de atención.

Otros cuestionamientos refieren a los criterios de delimitación de la población objetivo. La mayoría de los técnicos entrevistados aseguran que los criterios utilizados no serían lo suficientemente abarcativos y que por lo tanto, estarían dejando importantes grupos poblacionales que demandan atención especializada, fuera de las prestaciones. Se menciona a las personas de mediana y avanzada edad que sufren por patologías prevalentes, como ser depresión y ansiedad o los funcionarios del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, no considerados dentro de los grupos de riesgo. En cuanto a la atención de situaciones de uso problemático de sustancias, los técnicos indagados sostienen que no son consideradas sustancias con alta prevalencia y morbimortalidad como el alcohol y la marihuana. Independientemente de estas consideraciones, en general los técnicos coinciden en que se estarían incrementando las demandas de consulta especializada. Un profesional refiere que en la institución privada en la que trabaja, la consulta psiquiátrica habría sido la especialidad más consultada junto con oftalmología en el año 2016.

Según los técnicos indagados, los usuarios llegan con poca información y con expectativas que desbordan las posibilidades de los servicios, refieren que la mayoría de las consultas no quedan consideradas dentro de las prestaciones, siendo la población objetivo solo un porcentaje de la población que consulta.

Una vez que el usuario accede a los tratamientos, no siempre encuentra en el sistema de prestaciones las respuestas esperadas, lo cual en ocasiones redundaría en el abandono del tratamiento. Gran parte de los entrevistados observa que los servicios se han visto sobrepasados por demandas que no pueden satisfacer; han tenido que enfrentar el desafío de “bajar a terreno” una política pública pensada teóricamente, articulando los recursos ya existentes. Algunos encontraron soluciones creativas en nuevos dispositivos no previstos inicialmente por el Plan.

Mayoritariamente los profesionales del ámbito privado dicen desconocer el funcionamiento y conformación de los Comités de Recepción o de las distintas áreas que atienden problemáticas específicas como el abuso de sustancias, la violencia doméstica y los intentos de autoeliminación. Observan una progresiva tendencia a realizar los tratamientos fuera de la institución ya que en muchos casos los psicoterapeutas asignados se encuentran tercerizados o figuran como empresas unipersonales y reciben las consultas en sus propios consultorios.

Según este relevamiento, no en todos los servicios existiría recepción por parte de un Comité y en el caso de que éste exista, no siempre es interdisciplinario. En algunos de los servicios que cuentan con este dispositivo, la recepción de demandas se realizaría como una actividad meramente administrativa, dejando de lado el cometido principal definido en el Plan, que es el de realizar diagnósticos primarios y derivaciones oportunas.

Los Comités de Recepción por lo general, están integrados por un psiquiatra y un psicólogo que no siempre trabajan simultáneamente de modo de analizar el mismo material desde disciplinas diferentes, sino que hacen entrevistas por separado y en algunos casos específicos recurren a los trabajadores sociales que intervienen ante problemáticas emergentes. Similares dificultades enfrentan los referentes designados en las áreas de violencia doméstica, consumo problemático de drogas e intentos de autoeliminación.

En cuanto a los abordajes grupales propuestos en el Plan como prácticas innovadoras, al parecer, no estarían funcionando, ni siquiera aquellos destinados a la atención de los trabajadores de la Salud y de la Educación. Algunas explicaciones sobre la dificultad para sostener estas estrategias aluden a que comparativamente se valora mejor el abordaje individual y existe escasa capacitación profesional en tratamientos grupales.

La falta de formación también sería la causa de que los familiares no sean integrados al tratamiento, a quienes se los llama únicamente para aportar datos sobre el paciente o para indicar algún cuidado específico que se recomiende dar al mismo. Se afirma que la perspectiva técnica suele ser muy centrada en el sujeto en forma individual y que no se contaría con herramientas para atender a los vínculos interpersonales.

En general, argumentan que falta formación, que no hay suficientes experiencias sistematizadas en abordajes familiares y que desde las instituciones suelen no ser promovidas las oportunidades de capacitación y actualización. Por otro lado, aseguran que los grupos serían resistidos por los usuarios quienes tendrían necesidad de preservar la privacidad ante la posible exposición de sus problemáticas personales y que tampoco aceptan compartir los tratamientos con familiares cuando muchas veces son los conflictos interpersonales los que motivan la consulta.

Desde la perspectiva de los técnicos, se advierte cierta preocupación por la tendencia a la reproducción de la lógica de consultorio en el espacio institucional, por experimentar allí condiciones de aislamiento profesional, con escasas posibilidades de intercambio y fragilidad de la red de referencia y contrareferencia con el resto del sistema y con la comunidad. En términos generales, afirman que las condiciones no estarían dadas para la interdisciplina, que la propia política plantea como central para el cambio de modelo. Estas condiciones son consideradas utópicas de llevar a cabo en nuestro medio porque según coinciden varios entrevistados, la mayoría de los profesionales “[...] no tiene integrado el trabajo interdisciplinario a sus prácticas, no están formados y no les interesa [...]”

Según el relevamiento realizado, en el sector privado prácticamente no existen las reuniones de equipo y en caso de haberlas son esporádicas; mientras que en ASSE se llevarían a cabo en forma semanal, pero esta periodicidad no resultaría suficiente para consolidar la interdisciplina, apenas serviría para establecer coordinaciones entre algunos miembros de los equipos, en forma personalizada, espontánea e informal que se da en “[...] los pasillos o telefónicamente ante casos puntuales, graves o de mayor complejidad”. Al parecer, el tiempo necesario para coordinar actividades, discutir material clínico o alguna instancia de intercambio entre los integrantes de los equipos, no suele estar contemplado dentro de las pautas institucionales ni de los honorarios.

Se insiste en el reclamo por mejores condiciones de trabajo, tanto a nivel salarial como en las condiciones contractuales, que estarían basadas en la desregulación y flexibilidad laboral y porque en muchos casos son los propios técnicos quienes tienen que hacerse cargo de los gastos de consultorio ante la falta de compromiso de los prestadores privados.

Las bajas remuneraciones que perciben los técnicos por la atención psicoterapéutica tendrían como consecuencia que los profesionales con más trayectoria migren hacia otros trabajos mejor

remunerados, por lo que la psicoterapia quedaría bajo la responsabilidad de jóvenes recién recibidos y con escasa experiencia.

En la institución XX, (una de las tres más grandes del país) cuando salió el Decreto se nos ofreció bajarnos el valor hora al 50% y me fui junto con un grupo de gente que no participo más [...] ya no servía trabajar por menos de \$300 una hora de psicoterapia; no nos servía desde el punto de vista de que no nos daba ni para pagar el consultorio.

Por su parte los usuarios manifiestan gran desconocimiento sobre las nuevas prestaciones a las cuales tienen derecho a acceder. Por lo general, asocian los problemas de Salud Mental únicamente a los trastornos graves y persistentes. Al mismo tiempo que reclaman el cese de las prácticas asilares, exigen que no se restrinjan los días de internación psiquiátrica por parte de las mutualistas. En este grupo por lo general se reconocen cambios en la asistencia que son valorados positivamente, sin embargo manifiestan alta disconformidad con aspectos que según ellos, son fundamentales para mejorar la puesta en marcha del Plan. Aluden que los tiempos de espera para recibir atención son aún prolongados, que llega a ser insostenible el costo de los tickets y que los recursos humanos son escasos aunque valoran la competencia de los técnicos y dicen estar conformes con el manejo de la discrecionalidad profesional, sobre todo en el interior del país donde es más fácil el conocimiento de las situaciones personales. Por lo general, se sienten escuchados en la consulta y consideran que quienes los atienden, tienen conocimiento del problema por el cual consultan. En cuanto a la frecuencia y la puntualidad de las citas, refieren que una vez que se da inicio al tratamiento, si bien la frecuencia no siempre es semanal, mantiene cierta regularidad. Coinciden en que los abordajes exclusivamente farmacológicos no son suficientes, en especial en las situaciones de gran complejidad y reclaman la creación de dispositivos comunitarios. Al parecer, los usuarios se muestran conformes con la competencia e idoneidad profesional pero no así con el sistema de atención, dado que dicen no haber percibido cambios sustanciales en expresiones tales como “nadie controla nada” o “todos se cubren entre ellos”.

En otro orden, informan que ha sido ostensible la crisis de participación social, lo que habría traído como consecuencia que dejaran de funcionar las Comisiones de Salud Mental de los movimientos de usuarios, de modo que los directamente afectados por estos problemas habrían quedado sin representación o habrían pasado a integrar los grupos de familiares que ahora se conforman en federación.

Tanto técnicos como usuarios, hablan de la necesidad de control de las autoridades sanitarias y también de la ciudadanía sobre lo que realmente se hace, más allá de las cifras e indicadores que se incluyen en distintos tipos de informes que dicen, poco hablan de cómo se llevan a cabo los procesos de cambio. Al parecer existe algún tipo de registro en la historia clínica, pero al no estar estandarizado se hace difícil identificar los indicadores. En la mayor parte de los prestadores privados se recogen datos formales y luego queda a criterio de cada profesional lo que finalmente se registra. Serían registros exclusivos del modelo médico tradicional sin que tengan acceso otros técnicos involucrados en el proceso de atención, aunque al parecer no es algo que preocupe y no existirían mayores cuestionamientos al respecto.

Autoridades del MSP refiriéndose a los datos disponibles señalan: “Sobre información, datos y procesamiento no tenemos prácticamente nada... La planilla que mandan los servicios no da

cuenta de procesos, son solo datos de estructura y cuantitativos. Los datos del Sistema Nacional de Información son iguales desde el 2012”. Al parecer los servicios envían puntualmente la información al MSP pero según jefes del organismo es de “pésima calidad” al punto que ha sido imposible procesar la información desde 2013.

DISCUSIÓN

Una de las limitaciones del estudio ha sido la escasa colaboración de los gestores privados, lo que dificultó el acceso a la información disponible en las instituciones.

No ha sido igual con las asociaciones científicas que nuclean a los profesionales del sector, que se han mostrado interesadas por el estudio y han colaborado activamente en la difusión y distribución vía electrónica de las encuestas entre sus afiliados, superando hasta el momento los 300 casos⁷. Sorprende que no haya ocurrido lo mismo con los usuarios organizados en la sociedad civil, cuyo nivel de respuesta al cuestionario electrónico ha sido menor al esperado en función de los niveles de respuesta obtenidos en estudios previos. Probablemente la convocatoria se ha dificultado porque las poblaciones objetivo no se encuentran organizadas ni es fácil acceder al listado de usuarios de los servicios sin transgredir normas éticas. A su vez, como ya ha sido comentado, los usuarios como colectivo estarían atravesando una crisis de participación donde está siendo cuestionada su representatividad.

Podría ser considerada una fortaleza el abordaje de la evaluación desde un enfoque de investigación interdisciplinaria porque se estaría combatiendo el riesgo de sesgo que como resultado podría tener el análisis disciplinar de las políticas públicas de Salud y Salud Mental. Otra fortaleza podría ser el rol de la Universidad, al incorporar la investigación académica a los procesos de evaluación de las políticas, ya que podría ayudar a superar la parcialidad ideológica que el tema despierta y estaría cumpliendo con unos de sus cometidos que es la solución de los problemas de la sociedad que la sustenta.

ALGUNAS CONCLUSIONES

Dada la escasez de estudios sobre la evaluación de políticas de Salud Mental en el Uruguay, consideramos que se están alcanzando los objetivos de esta investigación al capitalizar información que potencialmente podría significar un aporte relevante para la toma de decisiones.

En este sentido, observamos que la necesidad que manifiestan usuarios y técnicos de expresarse en relación a las prestaciones de Salud Mental, arroja información original que podría ser interpretada como un compromiso social con el proceso de cambios en este campo tan complejo, que de algún modo los posiciona como actores centrales en la construcción de nuevas alternativas de cuidado.

⁷ Según fuera informado por la Prof. Romano, en 2017 se contabilizaban 461 técnicos conformando los 47 Equipos de Salud Mental pertenecientes a ASEE. La presentación de esta información elaborada con la colaboración del Soc. Martín García en base a datos actualizados a julio/2017 provistos por la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, fue realizada el 12 de diciembre de 2017 en el espacio Intercalles convocado por el Ministerio de Desarrollo Social MIDES.

En todos los niveles de nuestro relevamiento, se observa que existe una diversa gama de sentidos atribuidos al concepto de Salud Mental lo que podría estar relacionado a las exageradas expectativas respecto del primer signo de regulación normativa y de transformación de las prácticas contenidas en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental de 2011.

El PIPSM se plantea disminuir la brecha de desigualdades en el acceso a las prestaciones mediante dispositivos comunitarios, que a nivel público ya se venían consolidando desde 1996 con la creación de los Equipos de Salud Mental Comunitarios. Vale considerar además, que los equipos, en especial en el ámbito público, han logrado constituirse como referentes para la población a nivel territorial. También se han creado Unidades de Salud Mental a nivel de todos los efectores; se ha designado al menos un Coordinador en cada uno de ellos y se habrían nombrado a los respectivos referentes para las situaciones de riesgo (problemática suicida, uso problemático de drogas y violencia doméstica). En menor medida se habrían puesto en marcha abordajes grupales y se habría incorporado algún dispositivo de rehabilitación psicosocial para las personas con trastornos graves y persistentes. En el ámbito privado si bien se ha cumplido con la designación de coordinadores y referentes para distintas situaciones de riesgo parece mantenerse el modelo de atención tradicional.

No obstante, se advierten resistencias en todos los actores involucrados.

Los gestores que por un lado proclaman la transparencia y parecen estar de acuerdo con los controles de la gestión de los servicios, expresan total hermetismo a la hora de proveer datos. En esta ocasión, no hemos accedido a datos cuantitativos sobre el funcionamiento del Plan que buscamos obtener en los organismos oficiales y en las mutualistas, como habíamos accedido en estudios anteriores (FERNÁNDEZ CASTRILLO, 2017) Esto que podría ser una gran dificultad, termina siendo tal vez, una fortaleza porque hemos profundizado otras fuentes y estamos encontrando información que aún no ha sido procesada, que podrían convertirse en hallazgos no previstos por el estudio.

Los técnicos señalan la necesidad de generar condiciones que favorezcan la motivación para afrontar el seguimiento de situaciones de alta complejidad, a veces inabordables desde el trabajo aislado en un consultorio. Dentro de estas condiciones favorables a crear, reclaman mejoras laborales en especial en lo que hace a los niveles salariales y al soporte técnico profesional para articular redes intersectoriales que requiere el desempeño en el Primer Nivel de Atención. Sin embargo, parecen resentidos a la hora de procesar los cambios reproduciendo cierta tendencia a las formas de trabajo de consultorio en desmedro de la consolidación de los nuevos dispositivos propuestos, aunque muchas veces se pronuncien a favor de la eficacia de estos procedimientos.

A pesar de las variadas resistencias habría muchos profesionales que apuestan a desarrollar experiencias innovadoras integrando a los familiares al tratamiento, incorporando estrategias comunitarias, comprometidos con el enfoque de cercanía a las necesidades socio sanitarias. Son quienes hablan de la necesidad de hacer “un cambio de cabeza”, que esperan que se cristalice en las nuevas generaciones, provistas de una formación más abierta para trabajar integrados con otras disciplinas.

Según advierten los propios usuarios indagados, el desconocimiento que tienen sobre las prestaciones en Salud Mental incorporadas en el PIPSM, reciente la participación de los representantes en las decisiones de política y gestión. A su vez, se muestran muy sensibilizados por los problemas de las personas con trastornos graves y persistentes como si este grupo fuera el exclusivo destinatario de los cambios propuestos, olvidando otras poblaciones de riesgo. Tal vez esto se podría explicar por la escisión conceptual que se constata a nivel generalizado entre Salud y Salud Mental, asociado a los múltiples significados asignados a estos conceptos. Asimismo, la ostensible crisis de participación social, sería la causa atribuida al cese de funcionamiento de las Comisiones de Salud Mental de los movimientos de usuarios, haciendo que las personas con trastornos graves y persistentes quedaran sin representación, razón por la cual pasarían a conformar los grupos de familiares que ahora se constituyen como federación en forma independiente. Estos trasiegos sociales, podrían profundizar la escisión conceptual a que se hacía referencia, en detrimento del enfoque integral de la Salud.

En general, existe consenso en que no es posible brindar servicios de calidad si no son acompañados de la evaluación continua a riesgo de hacer grandes inversiones en políticas y programas, en base a preconiciones de lo que puede resultar beneficioso para la ciudadanía, sin prever con evidencia científica, el impacto que pueden tener y sus consecuencias generales.

El PIPSM en sí, no constituiría una reforma de la matriz de protección social dado que se presenta como política híper focalizada para poblaciones con riesgo psicosocial y deja intacto el modelo de atención tradicional de lógica hospitalocéntrica. Por cómo está diseñada esta política, bien podría ser un anticipo de las profundas transformaciones que requiere el sector; no obstante, parece haber entrado en un ciclo de desgaste que provoca un enlentecimiento del proceso de reformas.

Ante el desafío de enfrentar la implementación de la ley de Salud Mental nos preguntamos las posibles modalidades de articulación con el PIPSM. Llama la atención cómo ambas iniciativas parecen presentarse como independientes, subestimando la capacidad que el paulatino pero continuado proceso de transformaciones iniciado con el SNIS puede aportar a los cambios del modelo hacia la atención en territorio. En esta coyuntura histórica la propuesta podría orientarse a la creación de formas de atención a través de tratamientos combinados y de pocas sesiones; organizar mecanismos de contención con la comunidad y el pasaje desde la rehabilitación hacia modos de trabajo que conecten recursos y articulen políticas. La clave parecería no estar en función de la oferta, sino en el enfoque biopsicosocial de las necesidades y capacidades locales.

REFERENCIAS

CRESWELL, J.W.; PLANO CLARK, V.L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd ed. California: SAGE Publications, 2011.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. **Salud Pública de México**, Morelos, n. 32, p. 113-117, 1990. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632203>>. Acceso: 25 jun. 2018.

ESCUADERO, E. **Papel emergente de la psicología en organizaciones sanitarias en Uruguay**: estudio de las prácticas psicológicas en el mutualismo montevideano a partir de las nuevas prestaciones en salud mental. 136 f. 2015. Facultad de Psicología da Universidad de La República, Montevideo, 2015. Disponible en: <<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7562/1/Escudero%2C%20Emiliano.pdf>>. Acceso: 5 jun. 2018.

FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. **Texto, pretexto y contexto de las políticas de Salud Mental en el Uruguay Progresista**. Montevideo: Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica da Universidad de la República Uruguay (CSIC-UdelaR), 2017. (Colección Biblioteca Plural, n. 20). Disponible en: <http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageId/1026#heading_6271>. Acceso: 13 feb. 2018.

FERNÁNDEZ CASTRILLO, B.; GERPE, C.; VILLALBA, L. **El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas**. Montevideo: Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica da Universidad de la República Uruguay (CSIC-UdelaR), 2010. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/6315/1/libro_el_programa_de_psicoterapia_del_hospital_de_clinicas.pdf>. Acceso: 17 feb. 2018.

KRAUSE, M. La Investigación Cualitativa: un Campo de Posibilidades y Desafíos. **Revista Temas de Educación**, La Serena, n. 7, p. 19-39, 1995. Disponible en: <https://groups.google.com/forum/#!topic/ic-investigacion-cualitativa/qX500_5tE38>. Acceso: 4 marzo 2018.

MONTADO, G. et al. Investigación empírica: Puente entre psicoterapia y psiquiatría, Coordinador Ricardo Bernardi. **Revista de Psiquiatría del Uruguay**, v. 75, n. 1, Montevideo, 2011. Disponible en: <http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/o8_GM.pdf>. Acceso: 23 mar. 2018.

RYDEL NISKI, D. **Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios**, 2015. Tesis (Magister en Psicología Clínica)-Facultad de Psicología da Universidade de la República, Motevideo, 2015. Disponible en: <<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/8336>>. Acceso: 20 nov. 2018.

RUGGERI, M. et al. Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale: European version. **British Journal of Psychiatry**, Bethesda, n. 39, p. 41-48, 2000. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10945077>>. Acceso: 23 jun. 2018.

SCHWARTZMANN, L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. **Cienc. enferm.**, Concepcion, v. 9, n. 2, p. 09-21, dic. 2003. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-95532003000200002>. Acceso: 12 mar. 2016.

URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. **Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS**. Montevideo, 2011. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>>. Acceso: 12 de marzo de 2018.

VALLES MARTÍNEZ, M. **Técnicas cualitativas de Investigación Social**: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis, 1999. Disponible en: <<https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2014/11/vallesmiguel-tc3a9cnicas-cualitativas-de-investigacion-social-1999.pdf>> Acceso: 24 jun. 2018.

Beatriz FERNÁNDEZ CASTRILLO Trabajó en el diseño y conceptualización del artículo, en el análisis e interpretación de los datos, en la revisión crítica y en la aprobación de la versión para ser publicada. Doctora PhD Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, UNLa- Argentina. Docente e investigadora, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR Uruguay. Investigador Nivel 1 Sistema Nacional de Investigadores, Agencia Nacional de Investigación e Innovación SNI-ANII. Investigador responsable Proyecto CSIC I+D 2016.

Alejandra MOREIRA Trabajó en el análisis e interpretación de los datos, en la revisión crítica y en la aprobación de la versión para ser publicada. Doctora en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UdelaR Uruguay. Docente e investigadora de la Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina. Investigador CSIC I+D 2016.

Carla PALOMBO Trabajó en el análisis e interpretación de los datos, en la revisión crítica y en la aprobación de la versión para ser publicada. Estudiante avanzado Licenciatura en Trabajo Social, Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República UdelaR- Uruguay. Investigador CSIC I+D 2016.
