

XVII Jornadas de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Sociales

¿"Libres e iguales"?

A 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos

Título: Trabajo Social en el marco de las nuevas prestaciones en Salud Mental. Una aproximación desde la Atención Primaria a la Salud¹.

Nombre del autor: Carla Palombo

Correo electrónico: carlapalombo@gmail.com

Coordinador: Beatriz Fernández Castrillo Beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy

Resumen:

Se retoman consideraciones de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio sobre las prácticas de algunos trabajadores sociales pertenecientes a equipos de Salud Mental del Primer Nivel de Atención de Asse, en Montevideo y área Metropolitana, en el contexto del Plan de Implementación de Prestaciones aprobado en 2011. La propuesta se enmarca en la elaboración de la Monografía Final de Grado de la Licenciatura de Trabajo Social de Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud se abren posibilidades para el debate y la transformación de los abordajes en Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos. Este Plan busca innovar en las estrategias tradicionales de protección, apostando a fortalecer el trabajo en equipos interdisciplinarios con un enfoque comunitario e integral.

Para Trabajo Social constituye un hecho sin precedentes la legitimación de su intervención en los nuevos dispositivos de atención. Esto plantea la necesidad de reflexionar sobre el lugar que ocupa en los equipos del Primer Nivel, la especificidad de la profesión en un campo de acción dominado por disciplinas médicas y las posibilidades para desarrollar prácticas asistenciales que contribuyan a mejorar la atención y el acceso a las prestaciones.

Palabras claves: Salud Mental- Trabajo Social- Primer Nivel de Atención.

¹ Trabajo presentado en la Mesa "Complejidad social y Salud Mental: interfaces entre prácticas y discursos." en las XVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR, 2018.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo resume algunos contenidos de una investigación en curso sobre las prácticas profesionales de un grupo de trabajadores sociales, insertos en distintos equipos de Salud Mental del Primer Nivel de Atención (PNA) en Montevideo y área Metropolitana, en el contexto del Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental (PIPSM). La propuesta se enmarca en la elaboración de la Monografía Final de Grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Aplicando la técnica de entrevista semi estructurada, se busca conocer y describir las prácticas de los profesionales seleccionados, contextualizadas en un marco legal que promueve innovaciones en la estructura tradicional de cuidados en Salud Mental. (Ley n.º 18.211, 2008) Para el análisis de la información se toman en cuenta tres de los principios rectores del cambio de modelo de atención: interdisciplina, prácticas en territorio, prevención y promoción de salud. Los cambios impulsados buscan superar el modelo médico tradicional bajo el supuesto de que la complejidad de las demandas en Salud Mental requiere el desarrollo de abordajes complejos que incorporen la visión de múltiples disciplinas. Este punto es especialmente importante porque justifica la inclusión de profesiones que no tenían un lugar reconocido hasta el momento en esta área, como por ejemplo, Trabajo Social. Desde allí se habilita un espacio socio ocupacional para nuestra disciplina que, si bien en la realidad ya estaba siendo ocupado, no había sido reconocido y legitimado anteriormente desde una política de Salud Mental. Estudiar las prácticas de los trabajadores sociales en el espacio socio ocupacional que da origen a la profesión, interpela aspectos que hacen a la construcción y consolidación de su especificidad en un campo de acción dominado por disciplinas médicas, un debate que ha acompañado a nuestra disciplina desde sus comienzos. Por ello también interesa conocer el sentido subjetivo que los entrevistados dan a sus prácticas e identificar si hay un ejercicio reflexivo y consciente de las condiciones de la intervención, o si los profesionales consultados reproducen acríticamente lógicas médico- hegemónicas en las intervenciones de atención y tratamiento.

En Uruguay, el proceso de institucionalización de la intervención profesional de Trabajo Social encuentra su génesis en el área de la Salud y está directamente vinculado al movimiento higienista (Ortega y Mitjavila; 2005) Esta relación entre Servicio Social y Salud se consolida históricamente como un mecanismo funcional a los intereses del capital y para las autoras, deja una herencia en el desarrollo de las prácticas profesionales relacionada con formas de intervención instrumental, subsidiarias del quehacer médico- sanitario y normatizadoras de la vida social. De la misma manera, en el ámbito de la atención psiquiátrica, el lugar de Trabajo Social nace supeditado a lo que Galende (1983) denomina paradigma de lo psiquiátrico y a un discurso de corte biologicista que personaliza

el saber y las prácticas terapéuticas, centradas en la medicalización y manicomialización de los padecimientos mentales, en la figura del psiquiatra.

A partir de los años 70', momento de transformaciones significativas a nivel mundial, en Latinoamérica cobraron fuerza movimientos sociales como el de Salud Colectiva (Granda, 2004), desde donde se impulsaron duras críticas al paradigma hegemónico de Salud y al enfoque psiquiátrico tradicional. No es casual que estos movimientos coexistieran con los procesos de Reconceptualización del Trabajo Social iniciados en 1965, en los que se manifestaba la preocupación de muchos intelectuales por definir la especificidad disciplinaria desde una visión crítica y comprometida con la transformación social. (Carballeda et al, 2002) Estos acontecimientos fueron fundamentales en la reconfiguración de las prácticas y discursos sanitarios tradicionales, marcando un camino hacia el trabajo comunitario en perspectiva interdisciplinaria. En Uruguay, el Plan de Salud Mental de 1986 (MSP, 1986) llega para revitalizar los movimientos de reforma de la atención en Salud Mental que se vieron interrumpidos luego del golpe de Estado del año 1973. Un Plan parcialmente instrumentado pero con una propuesta vigente, cuyos lineamientos han sido orientadores de las políticas de Salud Mental impulsadas por los gobiernos frenteamplistas a partir de 2005, concretamente del Decreto n.º 305 de 2011 que crea el PIPSM y de la Ley n.º 19.529 aprobada en 2017.

EL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL.

Las transformaciones en el ámbito de la salud pública constituyen uno de los pilares de los procesos de reforma llevados a cabo por los gobiernos de izquierda, a partir de 2005. La redefinición de las bases estructurales e históricas del sistema, con una veta claramente innovadora ha llevado a algunos autores a caracterizarla como la reforma más ideológica instrumentada por los gobiernos progresistas. (Busquets, 2006) Los cambios se materializaron en tres dimensiones: el modelo de atención, la gestión de los servicios y el financiamiento de la política.

Distintos Programas de Salud fueron priorizados según áreas estratégicas, entre los que se destaca el PIPSM aprobado en 2011. Esta política, formalizada en un Decreto del Poder Ejecutivo, incorpora al Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) un conjunto de prestaciones de carácter obligatorio para todos los prestadores integrales de Salud. Intenta introducir innovaciones, de acuerdo con lineamientos internacionales como la Declaración de Caracas (OPS, 1990) y los principios de Brasilia (OPS-OMS, 2005), para dar respuesta a una creciente demanda de atención asociada a necesidades emocionales y formas de sufrimiento social, inabarcables desde los parámetros típicos de la enfermedad mental. La propuesta reivindica la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) y reconoce la necesidad de trabajar desde un PNA reforzado. Apunta a

trabajar en equipos interdisciplinarios para acompañar el rol de la familia y la comunidad en el proceso de atención con acciones de prevención y promoción de Salud. También busca actuar sobre poblaciones vulnerables y riesgos específicos, además de poner el acento en determinados grupos sociales considerados multiplicadores de Salud. Estas acciones se organizan en tres modos de atención, donde se incluyen sesiones grupales, familiares, de pareja o individuales, con distintos costos y por distintos períodos. (Decreto n° 305/011, 2011)

El Plan se instrumenta en el PNA, según los criterios organizativos de gestión de servicios de la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La creación y distribución territorial progresiva de los equipos de Salud Mental en el PNA se inicia 1996, luego del cierre del Hospital Musto. En la actualidad son 47, 29 en el interior y 18 en Montevideo, están integrados multidisciplinariamente con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, administrativos, etc. La orientación técnica de estos equipos depende de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE; estos brindan atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial, y además desarrollan acciones de APS en promoción y prevención según programas específicos. (Romano, 2018)

BREVE RESEÑA DE ANTECEDENTES

La motivación inicial para llevar a cabo este estudio surge en el año 2012, cuando tuve la oportunidad de participar en tareas de trabajo de campo para una investigación doctoral sobre la evaluación del PIPSM, a dos años de su ejecución, desde la perspectiva de los distintos actores implicados (políticos y gestores, académicos, técnicos y usuarios) en todo el país. (Fernández Castrillo, 2017) Por iniciativa de la autora de ese trabajo, soy convocada a integrar un equipo interdisciplinario que actualmente lleva a cabo una investigación financiada por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, en el llamado I+D 2016 (Fernández Castrillo, 2016). El estudio da continuidad al proceso iniciado en 2012 y profundiza en la perspectiva de técnicos y usuarios del Plan a lo largo del primer quinquenio de su implementación. En este ámbito he podido ensamblar los objetivos de la investigación con mis intereses personales para desarrollar el trabajo de la monografía final de grado, particularizando en la realidad de los trabajadores sociales.

La revisión bibliográfica de los antecedentes de investigación da cuenta de la primacía de estudios a nivel nacional que vinculan el Trabajo Social con el campo de la Salud. Se destacan trabajos realizados desde el Departamento de Trabajo Social de Facultad de Ciencias Sociales, donde se problematizan, desde una perspectiva histórica, la institucionalización y evolución de las prácticas

profesionales del Servicio Social en relación a los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya. (Ortega Cerchiaro, 2003 y 2011)

Estudios de grado afines realizados desde el mismo servicio de Facultad de Ciencias Sociales, ponen el foco en el cambio de modelo impulsado desde el SNIS y en el lugar del Trabajo Social en este nuevo esquema de atención, tomando la interdisciplina como categoría de análisis (Sosa, 2010; Madeiro, 2013; Vázquez, 2015). En líneas generales, refieren que el cambio de modelo le ha dado un reconocimiento a profesiones como Psicología y Trabajo Social en el marco de los equipos interdisciplinarios de salud, que previo a la implementación del SNIS no tenían. En cuanto al ejercicio profesional, esta particularidad permitiría trabajar con cierta autonomía en relación al médico, a la normativa y a la cultura institucional en áreas que pueden ser consideradas propias de nuestra disciplina.

METODOLOGÍA

Se propone un abordaje cualitativo de alcance descriptivo, exploratorio e interpretativo sobre la base de datos primarios y secundarios para realizar una aproximación a las prácticas de un grupo de trabajadores sociales pertenecientes a equipos de Salud Mental del PNA en Montevideo y área Metropolitana, en el contexto del PIPSM. A continuación se ordenan los servicios a los que pertenecen los informantes seleccionados, según el criterio de regionalización de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

REGIONALES	EQUIPOS DE SALUD MENTAL	UBICACIÓN
ESTE	La Cruz de Carrasco	Juan Agazzi 2737 esquina Camino Carrasco
	Piedras Blancas	José Belloni 4602
METROPOLITANA	Ciudad de la Costa	Av. Gianatassio – Km 23000- Solar 7- Manzana 966
NOROESTE	Policlínica Hospital Maciel U.S.M	25 de Mayo esquina Guaraní
	Centro Diurno Sayago	Sayago 1125 entre Elías Regules y Propios

Elaboración propia en base a datos publicados por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en su página web.

El carácter exploratorio de este trabajo hace que cada una de las manifestaciones de los actores consultados, pueda proporcionar elementos significativos para abordar el objeto de estudio. El carácter cualitativo permite dar cuenta de las particularidades de la información obtenida, la que irá

configurándose según el contexto y el sentido atribuido por los actores involucrados. Según Taylor y Bogdan, (1984) una de las tareas del investigador cualitativo es comprender a las personas en sus marcos de referencia, a través de construcciones discursivas, percepciones, vivencias y experiencias, lo cual aporta desde la diversidad simbólica de argumentaciones y deja al descubierto una realidad que se presenta en toda su complejidad.

Vale aclarar que no se trata de un análisis de los modelos de intervención profesional, sino que es un estudio de las prácticas llevadas a cabo en el marco de una política que intenta modificar el abordaje tradicional de atención, y sobre las representaciones de los entrevistados en relación al lugar que ocupa la profesión en esta propuesta. Las prácticas serán analizadas en función de los ejes que propone el SNIS para el cambio de modelo de atención: interdisciplina, prácticas en territorio, prevención y promoción de salud. Específicamente se indaga si los servicios a los que pertenecen los trabajadores sociales seleccionados desarrollan prácticas interdisciplinarias, intervenciones en territorio y acciones de prevención y promoción de salud; se busca conocer si los técnicos entrevistados están integrados a estas prácticas y en ese caso, identifica qué características tienen sus intervenciones.

Las técnicas de recolección de datos utilizadas son la entrevista semi-estructurada y el análisis de fuentes secundarias de información. La selección de los entrevistados responde una estrategia no probabilística por conveniencia, que tuvo en cuenta su afiliación institucional o la referencia del propio servicio que la sugería como referente por su conocimiento y experiencia. De la misma manera, se consideró la disposición y el interés directo de las posibles entrevistadas para colaborar con el estudio, acuerdos previamente establecidos y la intermediación de terceros como estrategia facilitadora de contacto. Esta modalidad de muestreo conocida como bola de nieve (Goodman, 1961), generalmente es utilizada cuando existen dificultades para acceder a las unidades que componen la muestra. En este caso, el principal escollo fue no poder contar con la autorización de Asse para acceder a los informantes desde los servicios, razón por la cual las entrevistas debieron ser coordinadas por fuera del ámbito institucional, apelando a la colaboración de los entrevistados para conformar la muestra. Se entrevistaron seis trabajadoras sociales, todas ellas mujeres y una de ellas desempeñando el rol de coordinadora del equipo. Además se consideró pertinente incorporar una entrevista complementaria con una trabajadora social que actualmente no se desempeña en el PNA pero posee una larga trayectoria en el campo de lo mental. Su vasta experiencia profesional y la riqueza de la información acumulada sobre el objeto de investigación, fueron los criterios considerados para su inclusión. También fue posible hacer observaciones y registros en encuentros, jornadas, debates, charlas, coloquios, etc., organizados por colectivos académicos, organismos gubernamentales y de la sociedad civil organizada vinculados a la Salud Mental en ocasión del

debate sobre la Ley de Salud Mental, promulgada en octubre de 2017. Participar en estas instancias contribuyó a profundizar los contenidos de la investigación, enriqueciendo el análisis y otorgando mayor globalidad a la exposición.

ALGUNOS RESULTADOS

Debido a que este es un trabajo inédito y que el informe final aún está en proceso de elaboración, se presentan sólo algunos resultados de manera general. Comenzamos con la dimensión vinculada a la interdisciplina. Todas las entrevistadas, sin excepciones, identifican distintas experiencias de prácticas interdisciplinarias en sus respectivos equipos y reconocen a su vez, la importancia de esta metodología de trabajo para avanzar en un modelo integral de atención en Salud Mental. Entienden que la mirada colectiva sobre los problemas se construye y en tal sentido, representa un desafío cotidiano para los técnicos consultados, en cuanto al compromiso y la confianza en aquello que se propone como nuevo modelo de atención además de una clara intencionalidad para ir más allá de lo que habitualmente se ofrece en los servicios de salud.

Las entrevistadas identifican el “modo de hacer” de sus equipos como resultado de un acervo acumulado, en términos de construcción colectiva y experiencia heredada de otros profesionales, quienes han contribuido a delinear un perfil particular de atención. Desde esta acumulación se ha trazado un camino donde el trabajo en equipo adquiere una doble significación: a nivel profesional, como proceso de aprendizaje que mejora el desempeño cotidiano; y en lo interpersonal, como mecanismo de apoyo y contención psico afectiva frente a las tensiones propias de la práctica.

Por más que muchas veces te enojas mucho con tus compañeros, el equipo tiene una función protectora. (...) Y que sea multidisciplinario es importante también, más allá de la función protectora; porque te hace pensar en las cosas con otra mirada...

Nosotros tenemos la estructura de un equipo, no somos personas aisladas; nosotros nos debemos todos entre todos. (...) Eso enriquece al Centro.

En todos los relatos existe un reconocimiento general sobre el valor de lo colectivo y sobre la incidencia de este factor en el funcionamiento de los equipos. Sin embargo, cuando se requiere que las diversas disciplinas converjan bajo un objetivo común este sentido de pertenencia se relativiza, dejando al descubierto tensiones propias de las dinámicas grupales. Así entran en juego aspectos comunicativos, relaciones de poder, liderazgos, acuerdos y discrepancias entre intereses encontrados, que en el fondo no son más que la expresión de diferentes formas de pensar y hacer Salud (Mental). Según las entrevistadas, la falta de tiempo es el argumento utilizado por algunos técnicos para no participar en actividades interdisciplinarias o con un perfil comunitario. La mayoría reconoce que hay profesionales que no saben o directamente no quieren trabajar de esta

manera, principalmente aquellos que provienen del área médica, porque entienden que están más arraigados a una forma tradicional de concebir la Salud, limitada a la asistencia en consultorio.

Hay algunos a los que no les gusta el trabajo comunitario ni lo saben abordar. Pero están muy abiertos al trabajo con familias por ejemplo, que de alguna manera, también es un trabajo comunitario. (...) Pero hay algunos que tienden a eso del “paciente uno, paciente dos y paciente tres”, pero son la ínfima mayoría.

Otras entrevistadas consideran que son pocos quienes están realmente dispuestos y preparados para desarrollar un trabajo en equipo desde la interdisciplina y advierten que más allá de las diferencias personales o profesionales, muchas veces, son las propias lógicas institucionales que estarían condicionando esta posibilidad.

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 (...) Que no es sólo en los profesionales, es el sistema que también tiene esa lógica.

Las experiencias interdisciplinarias son altamente gratificantes para los profesionales consultados, pero aclaran que sólo es posible efectivizarlas en circunstancias puntuales e intermitentes. La razón es que además del tiempo y del esfuerzo que requiere armonizar las relaciones humanas y las distintas visiones técnicas, también deben considerarse los atravesamientos institucionales como variables que inciden en el proceso. Una particularidad de estos equipos es que están sujetos a jerarquías dobles: una programática que deriva del Programa de Salud Mental y otra administrativa que responde a la Red de Atención Primaria de ASSE. Este hecho conlleva ciertas contradicciones que se expresan en la práctica cotidiana. Un entrevistada da el ejemplo de las reiteradas demoras en el reemplazo de cargos vacantes, que es interpretado como un factor de tensión pues ha llevado a improvisar estrategias alternativas para seguir brindando la atención a los usuarios a expensas del desgaste y la sobrecarga en la labor de los profesionales.

En este año, en febrero renunciaron las dos Asistentes Sociales del Centro de Salud, estuvimos dos meses sin Asistente Social y esa tarea quedó en “nuestra espaldita”

Según Stolkiner (1999) trabajar en perspectiva interdisciplinaria requiere tiempos y espacios institucionalmente programados y reconocidos en donde sea posible discutir y elaborar un lenguaje

común desde la reciprocidad y la cooperación permanente. Así, el lugar y la importancia que se le da a los diferentes canales de comunicación a nivel institucional, ya sean reuniones de equipo, espacios de supervisión, ateneos clínicos e incluso las posibilidades de formación y actualización profesional, son claves para pensar en estos procesos.

Las entrevistadas destacan positivamente el vínculo directo y frecuente (en la mayoría de los casos semanal) que existe entre los técnicos en las reuniones de equipo. En general estos espacios son utilizados para realizar una valoración de las diferentes situaciones, para intercambiar información, trazar objetivos y/o planificar metodologías de trabajo conjunta. Asimismo este es casi el único espacio donde los técnicos pueden hacer catarsis, expresar sus discrepancias ante las diferentes situaciones, dejando en evidencia los distintos niveles de influencia y poder. La posibilidad de contar con este tipo de espacios, es valorada positivamente por las entrevistadas, no obstante, refieren que son insuficientes frente la complejidad de las demandas de atención.

Otro recurso que podría favorecer el trabajo desde una perspectiva interdisciplinaria, son los espacios de supervisión técnica. Para Puig Cruells (2011), la supervisión contribuye a la calidad asistencial y al bienestar de los profesionales que se desempeñan en ámbitos psicosociales; permite visualizar la praxis cotidiana a la luz de los marcos teóricos, donde se implica no sólo al quehacer profesional sino también a los sentimientos que acompañan dicha práctica. Las entrevistadas no reconocen mecanismos institucionalizados de supervisión, sino meras estrategias grupales y/o individuales mayormente asociadas a la co-visión de las diferentes situaciones abordadas. Para cubrir esta carencia, en el equipo de La Cruz de Carrasco por ejemplo, se han coordinado ateneos clínicos con la cátedra de psiquiatría del Hospital de Clínicas; al tiempo que el equipo de Ciudad de la Costa ha contado con el apoyo de Facultad de Psicología para realizar una serie de revisiones de casos. Estas estrategias, no son instancias de supervisión en un sentido estricto pero aportan una mirada externa y constructiva para analizar el quehacer profesional, lo que a su vez estaría contribuyendo a mejorar la atención que se brinda. Más allá de experiencias puntuales, es el grupo quien se pone a prueba para afrontar dificultades institucionales, lo que lleva a improvisar estrategias de contención personal y profesional. Esta situación genera malestar e incertidumbre en los profesionales consultados, al momento de cumplir con las metas estipuladas en las políticas de Salud. Entre las dificultades mencionan la falta de recursos económicos, humanos y de horas técnicas; carencias en infraestructura, excesivos requerimientos burocráticos para trabajar en territorio, lo que estaría revelando una lógica de gestión institucional que parecería ir a destiempo de las decisiones políticas que se han tomado.

Es imposible trabajar con los pacientes a nivel grupal porque no tenemos técnicos formados en dinámicas grupales; además acá en el Centro no tenemos el espacio físico para

hacerlo.(...) acá además del equipo de salud mental, atienden todas las especialidades del Centro de Salud.

Mientras que para algunas entrevistadas estas dificultades se asocian a la falta de voluntad política de ASSE o del MSP; otras, consideran que es el reflejo de los cambios culturales que requiere el proceso de Reforma de la Salud, que todavía no se habrían procesado. Estas son solo algunas cuestiones que parecen condicionar las estrategias y recursos con que cada equipo hace frente a un repertorio de problemáticas similares, en circunstancias donde -se advierte- la demanda asistencial supera la capacidad de respuesta de los mismos.

En cuanto a las prácticas que realizan los trabajadores sociales en territorio, de las entrevistas surge que la inserción geoespacial de los equipos de Salud Mental define el modo particular de hacer. En distintos lugares se hacen cosas diferentes, pues no todos los territorios son iguales ni admiten el mismo tipo de trabajo. Esta situación conlleva un alto grado de variabilidad e incertidumbre en el tipo de atención que se brinda, que la hace fluctuar entre la asistencia y algunas prácticas de prevención y promoción focalizadas e inconsistentes. Desde su conformación, estos equipos han trabajado con poblaciones que viven realidades socio- económicas muy complejas. Es habitual que los usuarios provengan de barrios periféricos, asentamientos o lugares donde los niveles de pobreza y conflictividad social son elevados. Buena parte de las demandas de atención que llegan a Salud Mental, expresan un conjunto de vulnerabilidades más amplias, asociadas a problemáticas del contexto social: bajos ingresos, carencias en educación, vivienda, empleo y salud. En este contexto, los equipos han apostado a desarrollar experiencias de prevención y promoción, a las que con mayor o menor énfasis, se les imprimió el sello de la APS. Las fuentes consultadas señalan sin excepciones, múltiples antecedentes de intervenciones sobre fenómenos como el consumo problemático de sustancias; violencia interpersonal; salud docente, problemas emocionales, depresión; intento de autoeliminación; entre otras. En este aspecto, las nuevas prestaciones no habrían modificado sustancialmente las intervenciones de los integrantes de los equipos. Se trataría de una cuestión de formas más que de contenidos, pues el PIPSM en sí mismo, no sería más que la sistematización de una serie de procedimientos que ya venían siendo instrumentados por los equipos de Salud Mental.

Para la trabajadora social de Ciudad de la Costa por ejemplo, la nueva política no es más que un reordenamiento de las intervenciones, ahora plasmadas en una serie de objetivos y modos de atención. Considera que los cambios esperados no se concretaron por razones vinculadas a la inequidad en la asignación de recursos económicos y humanos, factor estaría marcando importantes diferencias entre lo que ocurre en el mutualismo y en Salud Pública. Esta mirada es compartida por otras entrevistadas, quienes al ser consultadas sobre los cambios que identifican desde la

implementación del PIPSM, destacan casi exclusivamente el factor económico.

Dos de las entrevistadas hablan de un “desborde” de la demanda en relación a las posibilidades del equipo cuestión que por el momento, les impide realizar acciones de prevención y promoción dentro del ámbito comunitario. Esto ha llevado a que ninguno de los dos equipos participe activamente en redes locales y en uno de ellos particularmente, su coordinadora, quien además es trabajadora social, señala claramente una opción ética y metodológica, que implica priorizar la asistencia por sobre la prevención y la promoción.

No se puede estar en la misa y en la procesión al mismo tiempo. Nosotros elegimos estar en la misa; nos limitamos a brindar la asistencia porque si no quién se hace cargo de los problemas de la gente que viene a consultar. Hay que darles una respuesta.

La valoración que hace la entrevistada sobre las prácticas de su equipo, deja en evidencia la hegemonía de la ideología médico- clínica así como el lugar de la psiquiatría en el abordaje de los problemas de Salud Mental. Es muy interesante la reflexión acerca de la promoción de salud que se hace en su servicio:

Los psicólogos y psiquiatras me quieren hacer creer el cuento de que hacen promoción de Salud en el consultorio. Según lo que yo estudié eso no es promoción; eso es hablar con el paciente una vez que ya tiene un problema y viene a buscar una respuesta. ... (Promoción) son cosas que hacen al bienestar; pero cuando la enfermedad se instala estamos nosotros.

El modelo orientado exclusivamente a la asistencia de la enfermedad mental se continúa reproduciendo en las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud. En estas condiciones, además existe muy poca coordinación intersectorial e interinstitucional, (razón por la cual se califica al servicio como una “islita”) parecería ser que poco se ha modificado desde la implementación del PIPSM y que en la práctica, bastante lejos se está de sus principios orientadores.

Mientras se realizaba este estudio, Ciudad de la Costa enfrentaba la renovación de algunos integrantes de su equipo, cuestión que desde el punto de vista administrativo, no habría sido bien coordinada. Este fue un factor que literalmente paralizó las intervenciones en territorio así como las prácticas psico educativas llevadas a cabo por la trabajadora social entrevistada y la psicóloga del equipo, con grupos de familiares. Lentamente se han recuperado algunos espacios de participación comunitaria mediante coordinación interinstitucional o inserción en centros educativos, lo que no significa que el énfasis esté centrado en la prevención y promoción de Salud.

En Ciudad Vieja y La Cruz de Carrasco, la trayectoria y composición de los equipos ha propiciado otro tipo de posibilidades para que trabajo social desarrolle prácticas más acordes a los

requerimientos del nuevo enfoque. Esto ha permitido trabajar sobre las problemáticas en distintos espacios grupales y como resultado se han desarrollado una serie de experiencias calificadas como gratificantes, que de alguna manera, se aproximan a lo que podría ser un abordaje biopsicosocial de la Salud Mental. Se apela las redes sociales como fuente de apoyo a ser incorporada en las diferentes intervenciones psicosociales, en el sentido señalado por Dabas y Perrone (1999), como estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, para favorecer el aprovechamiento de capacidades materiales y humanas, orientadas a la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Concretamente existe una interacción permanente con instituciones educativas de la zona, principalmente con escuelas, liceos, centros educativos no formales y asociaciones civiles. Estas pueden solicitar intervenciones puntuales, como la realización de talleres o el apoyo en actividades de divulgación sobre determinadas temáticas; a su vez, se menciona que estos centros también proveen un alto número de derivaciones que llegan a Salud Mental.

Es el caso de la Policlínica de Ciudad Vieja, son valoradas positivamente distintas experiencias de programas psico-educativos, como dispositivos de apoyo y sensibilización sobre las características del padecimiento y para la adquisición de destrezas en la provisión de cuidados. Concretamente la entrevistada refiere a la conformación de un grupo de adultos mayores, con quienes se trabajó sobre los efectos físicos y psíquicos de concepciones posmodernas sobre la vejez, asociadas a la pasividad y a la invalidación social. El abordaje fue en perspectiva interdisciplinaria e incluyó a psicología, trabajo social y medicina familiar, con el objetivo de promover la reinserción en diversos espacios comunitarios, de manera tal que el proceso en sí mismo se constituyó en una especie de plataforma para el (re)encuentro de estas personas con la sociedad y su cultura.

En el resto de los equipos, las experiencias son dispares. No siempre hay buena disponibilidad para la coordinación y cuando el vínculo existe y está consolidado, no se dispone del recurso o del servicio solicitado. Del mismo modo, se identifica una superposición de programas de alcance nacional y/o municipal en el mismo espacio territorial que por diversas razones no estarían debidamente articulados. Para la mayoría de las entrevistadas esto estaría generando cierta dilapidación de recursos, además del desgaste en la participación de la población y de los técnicos con intervenciones que según se dice, no estarían cumpliendo con su cometido. Desde los servicios se ha observado que la implementación de estos programas robustece el ya variado y amplio espectro de demandas que llegan a Salud Mental.

REFLEXIONES FINALES

Como ya fuera señalado, este es un estudio que aún está en curso razón por la cual las reflexiones aquí presentadas dan cuenta parcialmente de los resultados de investigación. En cuanto a los

objetivos planteado, en general es posible señalar que en el contexto del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, todos los trabajadores sociales entrevistados participan de experiencias interdisciplinarias, realizan prácticas en territorio, y desarrollan intervenciones de prevención y promoción de salud, desde los equipos a los que están integrados. No obstante, dichas prácticas están sujetas a una serie de condicionantes institucionales y territoriales lo que les imprime un sello particular a cada una de ellas. Estas condiciones pueden estar relacionadas con la trayectoria y composición de los equipos de Salud Mental, con los intereses personales y profesionales de los técnicos que los integran, con la poca formación que tienen algunos profesionales para trabajar en el Primer Nivel de Atención desde un modelo de atención integral, con la organización y disposición de recursos humanos, y con las múltiples y complejas demandas que llegan a los servicios.

En cuanto al Plan, los trabajadores sociales señalan que no ha significado un cambio sustancial en las prácticas y modalidades de trabajo que desarrollaban previo a su implementación. Los distintos equipos de Salud Mental de Asse, tiene una larga trayectoria de trabajo en abordajes grupales, con acciones desarrolladas en distintas áreas- problema como intento de autoeliminación, violencia doméstica y consumo problemático de sustancias; incluso el Comité de Recepción, en algunos servicios públicos del PNA funcionaba con anterioridad a 2011. En todos estos dispositivos los trabajadores sociales ya estaban integrados y el Plan estaría operando únicamente como un marco normativo y ordenador de estas intervenciones.

Se puede inferir de las entrevistas que no hay una sistematización de las prácticas interdisciplinarias, ni de las que se hacen en territorio o de las de prevención y promoción, porque las condiciones en las que surgen son muy sui generis. Estas prácticas generalmente son focalizadas, de corta duración y responden a un contexto específico en un tiempo determinado. Hay momentos en que directamente no se realizan porque se aduce que existiría un desequilibrio entre los recursos (económicos y humanos) disponibles y las demandas que se reciben, lo que no dejaría otra alternativa que realizar intervenciones en consultorio, centradas únicamente en la asistencia a la enfermedad. En el caso de los trabajadores sociales, las prácticas quedarían restringidas a la búsqueda y gestión de recursos para contrarrestar las carencias que existen desde lo institucional. Se advierte cierta naturalización de esta situación por parte de los indagados y en algunos casos se llega al punto de la resignación de hacer lo que se puede cuando se puede.

Parecería ser que el lugar del TS anunciado desde la política de Salud Mental aún no estaría ocupado pues los entrevistados no identifican lo que podría llegar a ser un rol estratégico en el marco de un modelo de atención integral orientado a la comunidad. Es importante tener en cuenta que por formación, los trabajadores sociales, a diferencia de otras disciplinas que integran estos

equipos, poseen habilidades de planificación, articulación, investigación y gestión de recursos comunitarios que permitiría demarcar un campo de conocimiento y de intervención específico dentro del área de la Salud Mental. Es necesaria la apropiación deliberada de ese lugar, pues no basta con que esté enunciado, para trascender roles de subordinación en un ámbito donde las disciplinas médicas tienen el protagonismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Busquets, J M. (2006) “Y ahora? El primer ciclo del gobierno de izquierda en Uruguay” En: Instituto de Ciencia Política. Observatorio Político. Informe de Coyuntura N° 6. Parte III *Políticas Públicas y Reforma del Estado*, Casa Bertolt Brech (123- 124), Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.
- Carballeda A, Barberena M, Belzitti C, Mendoza M., Capello M. (2002) “Modelos de intervención del Trabajo Social en el campo de la salud: Obstáculos, posibilidades y nuevas perspectivas de actuación”. *Periódico de Trabajo Social*, edición electrónica. Número 27 Disponible en: <<https://www.margen.org/suscri/margen27/interve6.html>> Acceso: abril de 2018
- Dabas; Perrone. (1999) “Redes en Salud”. Parte II. Documento Inedito. Disponible en <<https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Redes%20en%20salud.pdf>> Acceso: abril de 2018
- Fernández Castrillo, B. (2017) *Texto, pretexto y contexto de las políticas de Salud Mental en el Uruguay Progresista*. Ediciones Comisión Sectorial de Investigación Científica, CSIC-UdelaR. Uruguay. Biblioteca Plural N° 20 Disponible en: <http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageId/1026#heading_6271> Acceso: 13 de febrero de 2018
- Fernández Castrillo, B. (2016) *Estudio del proceso de implementación de nuevas políticas en salud mental en el Uruguay progresista*. Proyecto de Investigación CSIC I+D 2016-2019. Investigador responsable Dra. (PhD) Beatriz Fernández Castrillo. Documento inédito. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social.
- Galende, E. (1983) “La crisis del modelo médico en Psiquiatría” En: *Cuadernos médicos sociales*. Disponible en: <<http://conferenciabasagliargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/apuntes-de-Galende.pdf>> Acceso: marzo de 2018
- Goodman, L. A. (1961). “Snowball sampling.” *Annals of Mathematical Statistic* 32:148–70.
- Granda, E (2004) “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?” *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 30, núm. 2, abril-junio, 2004, p. 0 Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>> Acceso: marzo de 2018
- Ortega Cerchiaro, E. (2003.). *El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias

Sociales. Departamento de Trabajo Social.

- Ortega Cerchiaro, E. (2011) *Medicina, religión y gestión de lo social*. Ediciones Universitarias-CSIC. Colección Biblioteca Plural. Montevideo. 2011.

- Ortega, E; Mitjavila, M (2005) “El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica” *Revista Katálysis*, vol. 8, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 211-224 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179616343008>> Acceso: junio de 2018

- Puig Cruells, C. (2011) “La supervisión en los Servicios Sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento.” *Revista Perspectivas Sociales / Social Perspectives* primavera/spring 2011 / Vol. 13 No. 1 / Universidad Autónoma de Nuevo León. División de Posgrado de la Facultad de Trabajo social y Desarrollo Humano. México.

- Sosa, M (2010) *Salud Mental: la importancia del abordaje interdisciplinario a través de los equipos comunitarios de salud mental. Problemas y potencialidades*. Tesis de Grado. Universidad de la República (Uruguay) Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

- Stolkner, A. (1999) “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El campo psi.” *Revista de información especializada*. S/d Disponible en: <<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkner.htm>> Acceso: octubre de 2017

- Taylor S, J; Bodgan, R (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Vazquez, N (2015) *Profesionales que trabajan en policlínicas barriales de salud mental y la importancia de un trabajo integrado*. Tesis de Grado. Universidad de la República (Uruguay) Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social.

DOCUMENTOS

- Decreto 305/2011 (2011) Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Departamento de promoción estratégica en Salud, Área de promoción y prevención, Programa Nacional de Salud Mental. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/programa/prestaciones-en-salud-mental>> Acceso: marzo de 2018

-Ley 18.211 (2008) Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8293306.htm>> Acceso: setiembre de 2017

- Ministerio de Salud Pública (1986) Plan Nacional de Salud Mental. Montevideo, Uruguay: Autor

- Organización Panamericana de la Salud (1990) *Declaración de Caracas*. Adoptada el 14 de Noviembre de

1990 por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Oficina Regional de la OMS para las Américas Caracas, Venezuela. Disponible en: <https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf> Acceso: abril de 2017

- Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (2005) *Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas*, Brasil. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf> Acceso: abril de 2017

- Romano, S. (2018) Atención de la Salud Mental de la población usuaria de Asse. Diagnóstico de situación en Abril/1018. Documento de Asse para elaborar el Plan Estratégico de implementación de la Ley No 19.529. Disponible en: <[file:///C:/Users/beatr/Downloads/Diagnostico_situaci%C3%B3n_SM_ASSE_06_2018_pag_ASSE_\(1\).pdf](file:///C:/Users/beatr/Downloads/Diagnostico_situaci%C3%B3n_SM_ASSE_06_2018_pag_ASSE_(1).pdf)> Acceso: junio de 2018