



LA EVOLUCIÓN SOCIO HISTÓRICA DE LA LEY DE SALUD MENTAL URUGUAYA EN LA COYUNTURA DEL NUEVO ESCENARIO URUGUAYO DE CAMBIO DEL MODELO DE DESARROLLO SOCIAL Y DE PANDEMIA *

Beatriz Fernández Castrillo

Introducción

En este capítulo, se profundizan una serie de revisiones realizadas en forma individual o colectiva como Grupo de Investigación Interdisciplinaria Complejidad Social y Salud Mental de la Universidad de la República (UdelaR), integrado por investigadoras de diferentes perfiles. Este Grupo se originó en el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales¹ y actualmente se coordina desde el Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología. Ha sido una experiencia académica de integración abierta por donde además de trabajadoras sociales, han transitado docentes, profesionales y estudiantes avanzados de distintas procedencias de la Universidad de la República (Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Sociología y Comunicación).

El propósito del Grupo ha sido conocer las dimensiones comprendidas en el proceso de transformaciones en el campo de la Salud Mental, incentivado por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el marco del proceso de Reforma del Estado uruguayo. En varias oportunidades estas revisiones han merecido el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la

*DOI- 10.29388/978-65-86678-44-4-0-f.91-116

¹ La experiencia se consolida con el proyecto "Estudio del proceso de implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental en el Uruguay Progresista" financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC I+D) investigador responsable Dra. Beatriz Fernández Castrillo, desarrollado durante el periodo 2017-2019 desde el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UdelaR).

República (CSIC-UdelaR). En los distintos estudios se ha analizado la dimensión política y normativa en Salud Mental, el funcionamiento global del sistema de atención a la Salud Mental a nivel nacional, la percepción que sobre el proceso de cambios en este complejo campo tienen los políticos, los gestores, los académicos, los técnicos y los usuarios (FERNÁNDEZ CASTRILLO, 2017).

En el presente trabajo se comentan experiencias académicas acumuladas que pretenden dar continuidad al proceso de investigación sobre evaluación de políticas, planes y programas en Salud Mental. Se exponen las características y algunos resultados de una investigación recientemente terminada y se trabaja sobre conceptos de un nuevo proyecto que pretende contribuir a la mejora de los sistemas de atención en Salud Mental, generando conocimiento socialmente relevante para dar respuestas a las demandas de la población. Finalmente se hacen algunas consideraciones sobre la actualidad nacional con la intención de articular el escenario de las transformaciones socio sanitarias en el marco del giro político del modelo de desarrollo que, con magro margen electoral, ha decidido dar la ciudadanía, dejando a la opinión escindida respecto al proyecto de país que se propone tener.

El proceso de transformaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Los procesos de Reforma del Sistema de Salud Mental en Latinoamérica, se han iniciado con la Declaración de Caracas de 1990, que reunió el compromiso político de los gobiernos del continente para incentivar las reformas psiquiátricas. Por entonces el panorama internacional se encontraba pautado por el pasaje desde el Estado de Bienestar hacia el Estado neoliberal, materializado en la reducción de funciones 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 recargando a las familias expuestas a un mercado que gestiona la matriz de necesidad-protección, entre los vaivenes de la oferta y la demanda.

Simultáneamente, en el complejo campo de las problemáticas mentales, se procesa una inédita innovación de estrategias y prácticas a partir de las particularidades individuales en el escenario de la medicalización de los conflictos, que termina por responsabilizar a la persona que los experimenta. El proceso es complejo y convive con un movimiento de crítica a la psiquiatría y al psicoanálisis socialmente funcional a la fragmentación de los actores implicados: Estado, mercado representado mayoritariamente por el sector privado y sector técnico profesional.

El Uruguay, históricamente se ha caracterizado por un gran atraso del sistema de Salud Mental, regulado por leyes obsoletas sancionadas en el año 1936. Este vacío legal de más de 70 años, repercutió en la ineficiencia del sistema evidenciado en la persistencia en el tiempo del modelo asilar psiquiátrico centrado en la enfermedad; historias clínicas con diagnósticos incompletos y sin planes de tratamiento ni evaluaciones periódicas; internaciones prolongadas e injustificadas de los llamados “pacientes sociales”; uso de medicamentos extensivo e irracional; inexistencia de consentimiento informado. A nivel de los recursos humanos, existía consenso en cuanto a que el personal era insuficiente y sin especialización; con contratos precarios y con bajos salarios; el sistema de atención psiquiátrica desestructurado y desarticulado; estigmatización de la enfermedad mental; inexistencia de organismos de defensa de los derechos de los usuarios.

A nivel de los servicios de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención (PNA) solo existían unos pocos pertenecientes al sector público de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en su mayoría concentrados en la capital del país. En general se encontraban desbordados por la especialización de los recursos humanos diversificada en distintos problemas de salud o corrientes teóricas, de modo que resultaba confuso identificar cuál sería la respuesta apropiada para afrontar el problema de consulta. Este proceso de inespecificidad de las respuestas, con frecuencia redundaba en un circuito de sucesivas derivaciones, a consecuencia de la tendencia a asociar los problemas de Salud con una disfunción de la persona portadora del síntoma. (Fernández Castrillo, 2009). El estancamiento también quedaba expresado en el sector privado mutual, que hasta 2011 solo ofrecía consulta psiquiátrica en forma ambulatoria para

control de la medicación y de requerirse, un máximo de 30 días de internación psiquiátrica al año.

Las innovaciones promovidas por la Reforma del Estado a partir del primer gobierno progresista en el Uruguay, hacen que en 2007 se cree por Ley Nº 18.211 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que dispone que:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios (Ley Nº 18.211, artículo 36 del capítulo IV).

Más tarde, consustanciadas con las reivindicaciones populares sobre el derecho humano a la Salud, las reformas emprendidas por el SNIS se profundizan al dar prioridad a la atención de la Salud Mental en la agenda programática del gobierno progresista. En señal de esto, en 2011 se decreta el Plan de Implementación de Nuevas Prestaciones en Salud Mental (PIPSM), como campo de incumbencia intersectorial y abordaje socio sanitario en el territorio. El propósito de este Plan desde el inicio fue intentar “disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales en el acceso a estos recursos terapéuticos”, como se afirma oficialmente en el propio Decreto 305 de Presidencia de la República que le dio origen.

Con la creación del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el marco de Sistema Nacional Integrado de Salud (PIPSM-SNIS), se contribuye sustancialmente al proceso de transformaciones en el sector, al definir acciones socio sanitarias concentradas básicamente en población de riesgo (intentos de eliminación reciente, abuso de sustancias y violencia doméstica), menores de 25 años y trabajadores de la Salud y de la Educación. El procedimiento para solicitar consulta en el PIPSM-SNIS establece una evaluación primaria

a cargo de un Comité de Recepción que debiera estar integrado por psiquiatra, psicólogo y trabajador social, que cuenta con hasta 30 días para recibir al interesado. De resultar una derivación a tratamiento de dicha evaluación y si quien demanda se encuentra comprendido en la población objetivo, ésta deberá concretarse antes de los 30 días. La misma podrá efectivizarse a través de lo que se ha dado en llamar Modos de Atención. Cada uno de estos Modos define una población objetivo, plazos de la consulta, estrategias de intervención y co pagos para el caso del sector privado.

A partir de la puesta en marcha del PIPSM-SNIS el sector público ha replicado en distintos puntos del país equipos de Salud Mental Comunitaria de carácter multidisciplinario, los cuales ya se habían comenzado a implementar en algunos de los departamentos mientras que las internaciones ya no se realizan en Montevideo sino que empiezan a hacerse en los hospitales generales del interior del país. Desde entonces se produce un notable incremento en la dotación de recursos humanos en un país de unos tres millones y medio de habitantes. Según la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables en 2004 existían 13 servicios públicos en Montevideo y 23 en el interior, pertenecientes a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) con Equipo de Salud Mental (ESM) en el PNA. En 2017 se contabilizaron 17 centros en la capital y 30 en el interior lo que supone un incremento de servicios especializados en el eje del 30% en todo el país, en el período 2004-2017.

A nivel nacional, el aumento de centros trae consigo el incremento de recursos humanos: el número de psiquiatras de adultos y pediátricos aumenta un 40%; se crean cargos de psicólogos los que prácticamente se duplican en el período. Los trabajadores sociales aunque en menor proporción, también aumentan la plantilla al igual que el personal de Enfermería tanto de auxiliares como de licenciados. En síntesis, la dotación de recursos humanos en Salud Mental contabilizando el personal técnico y el administrativo tiene un incremento del 64% en el sector público a nivel nacional. Según fuentes oficiales², del total de contratos del personal especializado en Salud

² Fuente: Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, García M., Romano S. Datos actualizados presentados el 12 de diciembre de 2017 en el Espacio Intercalles del MIDES y Propuesta para Implementación Ley Salud Mental 19.529 en: la Administración de

Mental de ASSE, el 60% aun trabaja en estructuras con funcionamiento asilar. No obstante estos incrementos en el número de centros y de recursos humanos calificados, el PIPSM enfrenta resistencias y cuestionamientos.

Estas afirmaciones parten del proyecto CSIC I+D desarrollado en el período 2017-2019³, con el propósito de hacer una evaluación de políticas en Salud Mental desde las Ciencias Sociales. Esta investigación con énfasis cualitativo de tipo descriptivo, exploratorio e interpretativo relacional, ha relevado mediante muestreo teórico e intencional más de 300 técnicos y unos 800 usuarios en total, mediante técnicas semi estructuradas como las encuestas, entrevistas y grupos focales (VALLES, 2005). El trabajo de campo ha seguido los criterios adaptados a una versión cualitativa de la Escala de Verona para Valoración de la Satisfacción de los usuarios de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental - Verona Service Satisfaction Scale VSSS-EU (RUGGERI et al., 2000).

Algunos resultados de este estudio (FERNÁNDEZ CASTRILLO; PALOMBO; MOREIRA, 2018), dan cuenta de cierta decepción de la población respecto a los logros de las políticas de Salud y Salud Mental impulsada por el gobierno progresista en el Uruguay, avanzado su tercer período de gestión. Los mismos indican un alto nivel de exigencias al SNIS por parte de la ciudadanía que reflejan lo que el imaginario colectivo espera que sea absorbido por el PIPSM, siendo que, como ya fue dicho, la población objetivo está focalizada en sujetos expuestos a riesgo, menores de 25 años y trabajadores de la Salud y la Educación.

Los usuarios indagados señalan que la inversión de esfuerzos de la población uruguaya para mejorar la atención en Salud Mental no se refleja en la mejora de los servicios. Sostienen que los cambios operados aún no son observables y se manifiestan algo decepcionados “con el tan prometido proceso de cambios del sistema de Salud Mental”, como dice un entrevistado. Otros alegan que el funciona-

Servicios de Salud del Estado.

³ Se hace referencia al proyecto I+D 2017-2019 “Estudio del proceso de implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental en el Uruguay Progresista” financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) coordinado por la Dra. Beatriz Fernández Castrillo desde el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UdelaR).

ento del SNIS se sostiene gracias a la reforma tributaria que recibe aportes de quienes tienen ingresos formales, lo que hace que muchos hablen de un impuesto enmascarado al trabajo o a la clase media y otros de una intención solapada por sanear las finanzas de los servicios mutuales privados.

Los usuarios organizados como sociedad civil indagados, manifiestan desconocimiento sobre el catálogo de prestaciones contenido en el PIPSM-SNIS. Se muestran muy sensibilizados por los problemas en la esfera psiquiátrica, en especial por la situación de internación de las personas con *trastornos graves* (expresión estigmatizante que aún tiene significación cultural). Aseguran que el desconocimiento de las normativas es el motivo del progresivo dismantelamiento de los espacios de participación ciudadana como representantes en los órganos políticos y de gestión, mientras paralelamente dejan de sesionar las Comisiones de Salud Mental de los movimientos de usuarios. Afirman que en los mecanismos de participación creados por ley, a nivel de los Consejos Consultivos no son escuchados y tienen poca incidencia en las decisiones y menor consideración, en la determinación de los lineamientos de cambios del modelo y gestión del Plan. En consecuencia, se movilizan agrupaciones en forma autónoma que reivindican sus demandas específicas por fuera de los movimientos organizados preexistentes. Por lo general, se trata de grupos de familias con personas con problemática mental, nucleadas en torno a los servicios psiquiátricos donde su familiar recibe atención. En general, tanto los fundamentos para la conformación de estas agrupaciones como los fines, se encuentran estrechamente ligados a las circunstancias inscritas dentro del estrecho margen de la consulta psiquiátrica, el acceso a la medicación y a la internación en las situaciones de crisis que desbordan la contención familiar.

La indagación a los técnicos consultados, efectores finales del PIPSM, da cuenta de que se encuentran desorientados en medio de una intersección disciplinaria en tensión, con poco respaldo profesional para operar en escenarios con múltiples problemas sociales, donde convergen distintos intereses a los cuales responden los diferentes actores del sistema. Observan además, que existe déficit en la formación para el desempeño en el PNA y que la tendencia es reproducir el modelo médico hospitalario o el de la práctica privada de con-

sultorio, sin desarrollar esa forma singular que propicia el espacio comunitario. Por lo general, los profesionales coinciden en que es escaso el trabajo interdisciplinario y el nivel de concreción de las derivaciones realizadas por el Comité de Recepción y que, si se concreta la derivación, el usuario concurre a un par de sesiones y luego abandona, particularmente si es tratamiento grupal. En general entienden que esto es consecuencia de cierta desvalorización de modalidades de intervención, marcando, sobretudo en el interior del país, una preferencia generalizada por los tratamientos individuales. Otros cuestionamientos refieren a los costos de los copagos de los servicios mutuales; mientras que algunos técnicos de los servicios públicos dicen que “no ha cambiado nada y que se sigue trabajando igual que antes”, sin recursos, sin controles, sin capacitación”, entre otras quejas.

Otro problema asociado, según comentan muchos de los entrevistados, (tanto técnicos como usuarios), refiere a que las prácticas están pensadas en base a modelos tradicionales cuando no perimidos. Si bien la mayoría de los indagados reconoce la competencia técnica, llama la atención la insistencia en señalar en que faltaría para trabajar en el PNA porque por ejemplo, consideran que “atienden como si estuvieran en el Hospital”, mientras otros dicen que “se desubican porque no conocen cómo es la vida en el barrio”. También es frecuente escuchar por parte de los técnicos, que falta discusión sobre qué se entiende por conceptos manejados diariamente, tales como el de Salud Mental, PNA, Comunidad, Psicoterapia, entre otros. Del mismo modo se mencionan otros conceptos que hacen a la estructura del modelo, que refieren a la accesibilidad, la integralidad, la interdisciplina y el trabajo en red sobre los cuales habría diferencias teóricas importantes.

En general aseguran que el uso polisémico de conceptos que dan cuenta de la necesidad de realizar un cambio “de cabeza” en Salud y Salud Mental, ya que la falta de formación para el desempeño comunitario estaría afectando el diseño de estrategias de los servicios. Insisten sobre la falta de controles que garanticen el cumplimiento de las disposiciones desde el enfoque de derechos y transparencia. En palabras de los entrevistados “en el Uruguay se aprueban las leyes pero nadie controla nada”.

En cuanto al funcionamiento global del Plan, los resultados parecen alentadores, al observar que desde la aprobación del paquete de nuevas prestaciones se han creado Unidades de Salud Mental a nivel de todos los efectores del país, tanto públicos como privados y se ha designado al menos un Coordinador en cada uno de ellos. En la mayoría además, se han nombrado referentes para las problemáticas de riesgo suicida, uso problemático de drogas y violencia doméstica. En algunas instituciones se habría puesto en marcha algún dispositivo grupal y se habrían incorporado actividades de rehabilitación psicosocial para las personas con problemáticas mentales graves. A su vez se ha concretado la participación de usuarios y trabajadores de la Salud a nivel de los Consejos Consultivos dispuestos por la ley que creó el SNIS.

Algunos componentes posibles para avanzar en la calidad de las prestaciones.

Como se comentara al principio, a lo largo de este proceso de investigación de políticas de Salud Mental, se ha reunido mucha información. Se ha investigado la trayectoria histórica y el marco legal que le han dado institucionalidad; se ha relevado en forma continua la percepción que sobre las nuevas normativas tienen los políticos, los gestores, los académicos y en especial, los técnicos y los usuarios. Estos estudios han sido objeto de tesis de grado y posgrado, además de varios trabajos académicos realizados por las investigadoras del Grupo de Investigación Interdisciplinaria Complejidad Social y Salud Mental.

Este proceso de construcción de nuevo conocimiento en la actualidad se concentra en la identificación de los posibles componentes capaces de robustecer el sistema mediante la utilización de indicadores de evaluación de las prestaciones⁴. Las variables que reunirí-

⁴ Sobre esta base se presentó el proyecto Evaluación social de la resolutivez del PNA para avanzar en las políticas de Salud Mental en el Uruguay del siglo XXI en el llamado CSIC I+D 2020 Udelar, (actualmente en evaluación académica) Investigadora Responsable: Beatriz Fernández Castrillo, Grupo de Investigación Interdisciplinario: Complejidad y Salud Mental, que a partir de 2019 es coordinado desde el Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología, Udelar.

an estos indicadores se orientan a la evaluación de la capacidad resolutive de los servicios en el territorio y al acceso de la población a la atención oportuna del sufrimiento mental. Asimismo se estaría en condiciones de detectar las posibles fortalezas y dificultades para el desarrollo de la estrategia socio sanitaria que se ha trazado el país, en especial en lo que hace a la reglamentación de la ley. En efecto, se ha recogido mucha información e intentado encontrar respuestas a muchas interrogantes y, como es propio de la investigación social, en este proceso se han abierto nuevas preguntas.

Algunas de estas inquietudes intentan buscar nuevas respuestas sobre los factores que pudieran estar incidiendo en la calidad de la atención: existe capacidad resolutive del sistema comunitario de protección a la Salud Mental como para afrontar el progresivo cierre del sistema asilar?, ¿cuáles son los mecanismos resolutivos que implementan los equipos en la atención comunitaria en Salud Mental?, ¿qué dificultades se visualizan en el PNA?, ¿sobre qué condiciones se pretende democratizar el acceso universal como dispone la ley 19.525, si a casi 10 años de la puesta en marcha del PIPSM-SNIS se siguen constatando ineficiencias en la atención a una reducida población objetivo?, ¿o acaso será la forma disciplinariamente fragmentada que asumen las prácticas que no logran coherencia con los lineamientos de las políticas?, ¿serán carencias en el trabajo en red e intersectorial y en los mecanismos de referencia y contrareferencia?, ¿No alcanzaría el esfuerzo realizado por el Estado y la ciudadanía que sostienen las nuevas políticas públicas para satisfacer la demanda en este campo?, ¿o será que la escasa participación social, falla la gobernanza en el control social de las políticas sustentadas con el esfuerzo ciudadano?

Según la revisión bibliográfica⁵, se entiende por resolutive la capacidad de los servicios de cuidado del PNA, de constituirse como dispositivos capaces de resignificar la información y reformularla como afrontamiento de problemas reales y sentidos. La resolutive, repercute en los demás niveles y en las Emergencias hospitalarias comprometiendo la efectividad y la calidad de las prestaciones en cuanto a oportunidad, acceso y tiempo de resolución total o par-

⁵ Esta revisión bibliográfica fue realizada con la colaboración de la Licenciada en T.S. Carla Palombo y la Lic. Psic. Daiana Torres.

cial de los problemas de consulta (LÓPEZ PUIG et al., 2014 y colabs., 2014; DOMÉNECH et al., 2016).

Básicamente la resolutivez queda comprendida por tres variables de gestión de los servicios: accesibilidad, integralidad e interdisciplina.

Accesibilidad como concepto multidimensional, que alude al acercamiento entre la población que demanda y quienes reciben esa demanda, que contribuye a superar barreras interpersonales, organizacionales, económicas y socioculturales (FAJARDO-DOLCI et al., 2015).

La integralidad es definida como “un conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí, comprendiendo acciones individuales y colectivas en la organización de los servicios de Salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes en los diferentes niveles de atención del sistema” (ALVIM, 2013, p. 601).

Para comprender la complejidad de la demanda en Salud Mental, no alcanza la mirada disciplinar, abordaje tradicional que da lugar a prácticas contradictorias y controversiales entre distintos marcos teóricos. Se requiere de la construcción de un marco descriptivo interpretativo que evite el reduccionismo representado por un pensamiento fragmentado (organicista, sociologista o discursivo). La interdisciplina es algo más que una metodología de trabajo; llega a ser un posicionamiento ético que reconoce el carácter incompleto de cada una de las disciplinas (STOLKINER; SOLITARIO, 2007). Coexisten en este posicionamiento, otras posturas epistemológicas que, bajo la perspectiva conceptual de Salud Mental, articulan el sufrimiento con la subjetividad individual y colectiva, y con factores sociales de riesgo y reconocen al sujeto en relación con el contexto social para tomar estos campos como dimensiones de análisis y no como entidades autónomas. “Los límites de las profesiones, entonces, ya no están tan claros, al haberse roto la relación de correspondencia entre profesión y problema a resolver” (ROZAS et al., 2007).

La accesibilidad, la integralidad y la interdisciplina van de la mano de la participación social en tanto sociedad civil organizada en la articulación del proceso salud-enfermedad-atención como práctica y reflexión teórico-metodológica con otras esferas de la vida cotidiana (económica, educativa, cultural). La participación en salud supone

incorporar una perspectiva política en tanto transformación social y de los sujetos que realizan la toma de decisiones desde el ejercicio de la ciudadanía y el desarrollo democrático (MENÉNDEZ, 1998). Desde el enfoque de inclusión social, con la sociedad civil organizada es posible construir en forma compartida intervenciones individuales y colectivas integrales, donde las personas dejan de ser objeto de tratamiento para pasar a ser sujetos activos de su recuperación, asegurando el desarrollo de ciudadanía y una nueva forma de gobernanza (ANZALONE, 2018).

Para implementar esta estrategia de intervención comunitaria, se necesita tiempo y espacio legitimado institucionalmente donde se habilite como parte de la tarea el análisis y la discusión para construir un lenguaje común desde la cooperación recíproca. El lugar y la importancia que se le dé a los espacios de formación y de construcción interdisciplinaria, resultan centrales para pensar el cambio cultural sobre la base de nuevos paradigmas.

Para Minoletti et al. (2018), además se requiere adquirir capacidad estratégica, habilidades y competencias que den respuesta a las necesidades de la población a que están dirigidas. Afirman estos autores, que el tema de la formación profesional en Salud Mental basada en planes y programas que responden a las necesidades expresadas por la población en términos de demanda a través de la participación social, facilitan las acciones de gobernanza y el acceso equitativo a planes de tratamiento y de rehabilitación de las personas con problemas psicosociales.

En este sentido el capítulo 3 de la Ley de Salud Mental hace referencia explícita a la necesidad de formación de los recursos humanos haciendo:

[...] recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos... con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención”. Seguidamente insta al PNA a promover la “capacitación y actualización permanente para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental, así como para los equi-

pos básicos de Salud, en base a los mismos criterios (Ley Nº 19.529, capítulo 3, artículo 9).

Estos conceptos comprendidos en el modelo comunitario, se encuentran definidos taxativamente en la Ley del SNIS; en las disposiciones del PNSM y también en la Ley de Salud Mental aprobada en octubre de 2017. Esta última establece, entre una serie de cambios trascendentes, el cierre de los centros asilares monovalentes para el año 2025 y en el capítulo 5 del artículo 17, plantea el ámbito de atención diciendo que el proceso:

[...] debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Nuevos desafíos en la historia reciente del escenario uruguayo

El advenimiento de las Reformas del Estado, en el Uruguay coincide con el primer gobierno de izquierda del Frente Amplio en 2005 que apropiándose de históricas reivindicaciones populares sobre el derecho humano a la Salud, crea en 2007 el SNIS y propone como prioridad programática el Plan de Implementación de Nuevas Prestaciones en Salud Mental (PIPSM-SNIS) aprobado en 2011. Luego de un intenso debate en 2017 se logra promulgar la primera Ley de Salud Mental, con el voto unánime parlamentario. Un año después el MSP realiza una amplia convocatoria a la sociedad civil y a la academia para participar en la Comisión Asesora Técnica (CAT) del Área Programática de Salud Mental a efectos de contribuir en el proceso de instrumentación de la ley. La CAT produce informes en distintas áreas temáticas: promoción y prevención; atención; capacitación, cambio cultural; interinstitucionalidad; e investigación y sistemas de información en Salud Mental. Estos insumos hacen que se sustituyera el Anexo I de la Ordenanza Nº 1046/2019 por la Ordenanza 1488/2019⁶

⁶ Por más información consultar: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-1488019-ordenanza14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>>.

donde se dispone aprobar la lista de dispositivos integrantes de la red de atención de Salud Mental en el marco del SNIS. En la misma línea en noviembre de 2019 se reglamenta el artículo 11⁷ de la ley de Salud Mental, en lo referente a la necesaria coordinación intersectorial entre diferentes Secretarías de Estado, a efectos de lograr la inclusión social plena de las personas que presentan problemas mentales.

En la coyuntura actual de un país comprometido con un proceso de innovación en Salud Mental, que ha logrado avances sustantivos, (entre otros avances normativos, creación de unidades de atención territorial, reorganización y re distribución de recursos humanos y materiales, etc.) parece oportuno, a partir de toda la información acumulada en un larga trayectoria de investigación; intentar evaluar la resolutivez de los servicios, así como la capacidad de los demás componentes que se requieren para mejorar la calidad de las prestaciones.

Incluso en este momento histórico en que después de 15 años de gobiernos progresistas y de la agenda de derechos conquistada, la ciudadanía ha decidido el retorno al modelo de desarrollo social neoliberal. En efecto, en marzo de 2020 asume un nuevo gobierno nacional cuya orientación se encuentra mayormente alineada al pensamiento social y económico de los años 90. Estas nuevas coordenadas se enmarcan en un contexto regional caracterizado por un fuerte repliegue conservador de las funciones del Estado, cuyas consecuencias podrían significar un retroceso a nivel de las políticas de Salud Mental, tal como ha ocurrido en Brasil y Argentina. (FERREYRA; STOLKNER, 2017).

Ni bien asumido, el nuevo parlamento uruguayo ha sancionado la llamada “Ley de urgente consideración” (LUC) con pocos días para la discusión de unos 470 artículo que establecen cambios sustantivos en áreas relevantes del acontecer nacional (política financiera; vivienda y medio ambiente, seguridad social, educación etc.), sin hacer aparentemente modificaciones en la normativa relativa a Salud Mental, por lo que sería dable pensar que seguirá vigente. La LUC solo hace una breve mención a Desarrollo Social y Salud para referirse a la adecuación administrativa a realizarse en el Ministerio de De-

⁷ Para ampliar información sobre el Decreto N° 331/019 artículo 11 ver: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/331-2019>>.

sarrollo Social (MIDES) y propone la Creación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias cuyo cometido es regular la política de medicamentos, los dispositivos terapéuticos, los procedimientos diagnósticos y los tratamientos médicos y quirúrgicos” (URUGUAY, 2020, p. 187).

Paralelamente a nivel mundial se está enfrentando la pandemia del COVID-19, comprometiendo a los Estados a dar respuestas a las consecuencias extremas que esto ha generado en la vida cotidiana y social, con fuertes impactos a nivel de la Salud Mental de la población por la retracción de la interacción social y la incertidumbre que produce. El informe de Naciones Unidas (2020) señala la necesidad de aumentar la inversión pública en Salud y Salud Mental para mejorar los servicios de atención comunitaria para frenar el avance de una crisis de sufrimientos mentales, asociada al incremento significativo del padecimiento psicosocial. No obstante estos señalamientos, en el Presupuesto Nacional actualmente en discusión en el Legislativo, se están haciendo recortes en toda la matriz de protección social y no parece haber intención de votar financiamiento para acciones en Salud Mental. “Recortar no, ahorrar para invertir en otros lugares” expresó el propio presidente del Uruguay luego de reunirse con el equipo económico encargado de delinear el presupuesto nacional.

Ante estos hechos que generan preocupación general, la Comisión de Contralor de la Atención en Salud Mental propone posibles fuentes de financiamiento a través de fideicomisos y conjuntamente con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, como consecuencia de la aparición de un brote de coronavirus en el Hospital Vilardebó en marzo de 2020, proponen avanzar hacia el cierre definitivo de las instituciones monovalentes y realizan una serie de propuestas a los distintos organismos con competencia en la gestión de las instituciones de Salud Pública⁸.

Por su parte, las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) han ratificado la atención de la Salud Mental como prioridad en la agenda del nuevo gobierno. En efecto el ministro Salinas asumió

⁸Ampliar información en: <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/inddhh-comision-nacional-contraloratencion-salud-mental-proponen-avanzar>>.

la cartera de Salud Pública en marzo de 2020 anunciando la profundización del SNIS y el estricto seguimiento de los servicios de Salud en todo el país, a la vez que indicaba entre otras consideraciones, que serían prioridad del nuevo gobierno la Salud Cardiovascular y la Salud Mental y se comprometía a impulsar una política referida a las adicciones durante su gestión⁹.

En esta línea, la nueva dirección del Área Programática de Salud Mental del MSP ha emitido un comunicado a las instituciones prestadoras donde se recomienda la activación de dispositivos de prevención y promoción, para aumentar la oferta asistencial del PIPSM-SNIS para hacer frente al surgimiento de sufrimiento mental durante la pandemia de COVID-19. Por ejemplo, en la mayor institución médica mutual del país, la ampliación de la oferta asistencial durante la crisis por covid incluye **intervenciones grupales de 8 sesiones semanales dirigidas a familiares** con niños/as en edad preescolar o escolar y adolescentes con afectación por el covid-19 o el distanciamiento social; usuarios y/o familiares que cursan o cursaron coronavirus; personas mayores afectadas por sentimientos de soledad y el aislamiento; adultos con afectación emocional por su situación socio-económica-laboral; familiares de personas con muerte inesperada (accidente, homicidio, suicidio, violencia) o fallecimiento reciente por enfermedades físicas¹⁰.

Hay quienes sostienen que los avances heredados de anteriores gobiernos en infraestructura y en racionalización del sistema de Salud, sumado al desarrollo tecnológico que posibilitó la creación de un software denominado CoronavirusUY; fue lo que habría permitido enfrentar con relativo éxito la pandemia, sin tener que hacer grandes inversiones. En efecto, el ministro de Salud Pública, Daniel Salinas, afirma que lo que hizo que Uruguay para gestionar la pandemia de covid-19 con éxito y sin necesidad de declarar cuarentena obligatoria para la población, ha sido gracias a la convergencia de “colaboración, innovación y proactividad” entre gestión, ciencia y Estado¹¹.

⁹ Declaraciones del Ministro de Salud Pública Daniel Salinas en reportaje radial del 2 de marzo de 2020 en Radio Uruguay 1050, disponible en: <<http://radiouruguay.uy/salinas-asumio-al-frente-del-msp-y-marco-sus-prioridades/>>.

¹⁰ Centro de Asistencia Casmu. Ver en: <<https://casmu.com.uy/asistencia-en-salud-mental/>>.

¹¹ Ver entrevista al Ministro de Salud Pública en artículo de La Diaria del 8 de septiembre de 2020. Disponible en: < <https://ladiaria.com.uy/coronavirus/articulo/2020/9/gestion-ciencia->

A pesar de la creación del Fondo Solidario Covid19 que “surge como respuesta a los diversos costos que enfrentará el Estado para atender la emergencia sanitaria nacional”¹², el Uruguay se encuentra en el tercer lugar de los países que menos porcentaje del producto interno bruto (PIB) invirtieron, según el estudio sobre el acceso a las tecnologías digitales para enfrentar los impactos del covid-19 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Las conclusiones de este estudio molestaron al gobierno uruguayo, quien exigió al organismo internacional que se retractará de los resultados consignados, hecho al cual se negó Alicia Bárcenas, secretaria general de CEPAL al decir “no vamos a hacer corrección de cifras” porque “son lo que son”¹³.

En el marco de la preocupación general por estas controversias del gasto público de los aportes ciudadanos al Fondo Covid; el gobierno incluye en el proyecto de presupuesto quinquenal ingresado al parlamento, duplicar los sueldos de los jefes de las empresas públicas. En efecto, en declaraciones de prensa la ministra de Economía y Finanzas, Azucena Arbeleche, dijo que se va a ahorrar «por muchos otros lugares» y que para esos cargos se necesita “a las mejores personas, para que se pongan al frente y gestionen de otra manera”¹⁴.

Luego de 5 meses de pandemia, las intervenciones del gobierno se precipitan propiciando la reunión de la Comisión Intersectorial de Salud Mental y se convoca, como indica la ley, a una reunión de la nueva Comisión Asesora Técnica integrada por representantes de la sociedad civil y la academia. El tema de la Salud Mental retoma la agenda pública y surgen pronunciamientos de distintos actores que se preguntan si se votará presupuesto para implementar la ley.

y-estado-el-circulo-virtuoso-que-permitio-a-uruguay-combatir-el-coronavirus/>.

¹² Para ampliar información, ver: <<https://parlamento.gub.uy/noticiasyeventos/noticias/node/92791>>.

¹³ Alicia Bárcena, secretaria ejecutiva de CEPAL, en reportaje de La Diaria del 26/08/2020. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2020/8/alicia-barcena-secretaria-general-de-cepal-dijo-que-el-organismo-no-se-retractara/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=6am>.

¹⁴ Gobierno duplica el sueldo a los presidentes de los entes públicos en Caras & Caretas del 5 de setiembre de 2020. Disponible en: <<https://www.carasycaretas.com.uy/presidentes-de-los-entes-publicos/>>.

En declaraciones realizadas por el Director de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de los Servicios de Salud del Estado¹⁵, se asegura que habrá presupuesto aunque, sí se logra mejorar la internación en hospitales generales y se crean dispositivos alternativos, no se cerrará el sistema manicomial. Para el próximo quinquenio se plantea fortalecer los equipos de Salud Mental de modo de permitir desinstitucionalizar a 100 personas por año. En tanto el Hospital Vilardebó con capacidad de unas 350 camas, quedaría para “la internación de pacientes judiciales y de quienes no puedan permanecer en hospitales generales”.

Paralelamente ASSE, redimensionará el apoyo emocional a través de la línea telefónica creada en plena pandemia, que es abierta a toda la población (no sólo a usuarios de ASSE) que ya ha recibido más de 10.000 llamadas, la mayoría de personas de 60 años y más. También mantendrá la línea de prevención de suicidios y la atención telefónica a usuarios de drogas y sus familias, que hasta el momento ha funcionado con recursos humanos voluntarios.

Según estas declaraciones, los equipos básicos de territorio estarán conformados por psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y personal de administración. Actualmente se afirma que existiría una deserción en el Primer Nivel de ASEE del orden del 30% de psiquiatras de un total de unos 316 cargos con un promedio de 15 horas semanales por un salario que ronda la mitad de los salarios pagados en los servicios privados. También sería insuficiente el número de psicoterapeutas (generalmente psicólogos), constándose una lista de espera de unas 5000 personas, muchas de las cuales empeoran y saturan las emergencias. Se sostiene que esta situación de déficit de recursos humanos se resuelve con una mejora salarial y de condiciones de trabajo para los psiquiatras, aduciendo que los psicólogos percibirían un salario similar tanto en los servicios públicos como en los privados. Según los estudios que hemos realizado, podemos agregar que el salario de los técnicos no médicos es muy inferior cumpliendo mayor volumen horario semanal y en la mayoría de los casos sujetos

¹⁵ Artículo de La Diaria del 25 de agosto de 2020, titulado “En este quinquenio ASSE planea fortalecer los equipos de salud mental y desinstitucionalizar a 100 personas por año”. Disponible en: < <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/8/en-este-quinquenio-asse-planea-fortalecer-los-equipos-de-salud-mental-y-desinstitucionalizar-a-100-personas-por-ano/>>.

a flexibilidad laboral y contratos precarios (FERNÁNDEZ CASTRILLO, 2017; p. 185).

Estas declaraciones enunciadas en forma similar aunque con contradicciones por representantes de gobiernos que sostienen distinta línea ideológica, resultan relevantes para la continuidad de las innovaciones emprendidas en 2011 con el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, proceso que logró alcanzar la primera Ley de Salud Mental en el país, y el correspondiente Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027¹⁶. Sobre todo si se observa la inversión económica y social que se ha realizado para lograr los avances normativos de un viejo problema socio sanitario muchas veces marginado, de cuya situación de exclusión no parece poder salir.

Comentarios finales

La condición de prioridad nacional otorgada a la Salud Mental en el Uruguay ha permitido realizar avances sustantivos como la puesta en marcha de nuevos planes y la promulgación de la primera ley de Salud Mental que contó con unanimidad parlamentaria convirtiéndola en una política de Estado y no en política de gobierno. Sin duda, ha sido un logro histórico en términos de derechos y protección social, sin precedentes.

Según las investigaciones realizadas, aunque con cuestionamientos y resistencias, existe consenso en que se ha dado un avance inédito en este complejo campo en un país que arrastraba un vacío legal de larga data. En estas condiciones sería alentador profundizar el proceso de transformaciones hacia la mejor implementación de la Ley de Salud Mental que sea posible, sorteando los vaivenes históricos que ponen en riesgo el camino recorrido.

A comienzos de 2020 el escenario nacional toma un giro inesperado que paraliza y deja perpleja a la ciudadanía. En efecto en marzo asume el nuevo gobierno con una propuesta incisiva de cambio del modelo de desarrollo mientras que sorpresivamente aparecen los

¹⁶ Ver en: <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanosuruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%202020-2027%20aprobado.pdf>>.

primeros casos de coronavirus y la contingencia subsecuente del aislamiento social y sus implicancias psicosociales.

Dentro del marco general de preocupaciones, surge la incertidumbre respecto al futuro del país embarcado en la reorientación del gasto público a costa de un sinnúmero de recortes en las políticas públicas, y en especial en las políticas sociales que ponen en riesgo la matriz de bienestar y abren dudas sobre la continuidad de los avances otrora conquistados.

Mientras en el siempre tenso campo de la Salud Mental, el sistema psiquiátrico a menos de 5 años del cierre de los establecimientos asilares estipulado por ley se debate entre preparar la externalización progresiva o reinterpretar los contenidos de la ley en función de los requerimientos neoliberales del nuevo gobierno. Para cerrar hay que abrir dicen muchos. Esto significa para cerrar los asilos en 2025 como dice la ley, hay que abrir los servicios en el territorio para desarrollar dispositivos alternativos capaces de mejorar la calidad de la atención, hecho que analizando las contradicciones e impresiones de las declaraciones oficiales, parece difícil.

Los estudios realizados señalan la necesidad de un cambio cultural sobre los componentes de mejora de las prestaciones. El seguimiento del funcionamiento del sistema y de la aplicación de la ley; la observación sistemática y la participación social, parecieran ser los mecanismos apropiados para obtener controles de calidad a efectos de asegurar en forma universal y equitativa los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las demandas de la población.

La clave podría estar en mejorar la capacidad resolutoria de los servicios en el territorio a través del desarrollo de sus componentes: accesibilidad, integralidad e interdisciplina sobre la base de la formación de recursos humanos para el desempeño en el PNA en Salud Mental y desarrollando la gobernanza a través de la participación social.

De ser este el camino los cimientos del proceso a construir, se tienen que ubicar en la intersección de la gestión y planificación de políticas y planes sobre la base de un presupuesto que permita consolidar la infraestructura; que incorpore la capacitación y perfeccionamiento continuo del personal y facilite el empoderamiento ciudadano para ejercer el control del sistema. El marco de viabilidad po-

dría apoyarse en la creación de un sistema de información que releva datos en forma continua sobre estructura, procesos y resultados (DONABEDIAN, 1990) en términos de efectividad de los servicios y adhesión al principio de equidad. Esto significa la consideración de variables no solo nosográficas, sino también psicosociales, que reúna información sobre las características socioculturales; de los territorios; del funcionamiento de las redes intersectoriales y de los servicios. Un acumulado que complemente información sobre estructura en cuanto a la distribución de la cobertura según niveles de atención; cantidad, calidad y disponibilidad de recursos humanos calificados; satisfacción de los usuarios y familiares respecto de las prestaciones recibidas etc.

Parece oportuno entonces, que desde los espacios académicos se dé un paso más en la consulta ciudadana para evaluar el funcionamiento de los servicios territoriales, en el marco de los nuevos determinantes políticos y bajo las consecuencias de la crisis producida por la emergencia sanitaria en el país; de modo de observar los posibles avances y retrocesos en el proceso de cambio del modelo de atención, en tanto estrategia en Salud Mental que se ha trazado el país en su conjunto.

La expansión de la investigación tanto en el terreno de las políticas públicas como en el complejo y polisémico campo de la Salud Mental, precisa del trabajo complementario entre clínicos e investigadores sociales que cuenten con la participación de la sociedad no solo en la toma de decisiones sino y sobretudo en el control sobre la efectividad de las políticas. Esta alianza posibilitaría el desarrollo de metodologías que faciliten el análisis de la compleja realidad social en donde tienen lugar estos procesos. Para ello, parece necesario partir de perspectivas ligadas al pluralismo metodológico, evitando viejas discusiones en convicciones metodológicas radicales que dificultan la tarea, de modo de abrir un diálogo desde las diferencias y distintos posicionamientos teóricos y ético-políticos.

Referencias

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO – ASSE.

Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación, 2018. Disponible en: <[http://www.Diagnostico_situación_SM_ASSE_06_2018_pag_ASSE_\(1\)%20\(7\).pdf](http://www.Diagnostico_situación_SM_ASSE_06_2018_pag_ASSE_(1)%20(7).pdf)> Recuperado en: 1 jul. 2020.

_____. **ASSE avanza en el Plan de implementación de Ley de Salud Mental,** 2018. Disponible en:< <http://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-avanza-en-Plan-de-implementacion-de-Ley-de-Salud-Mental-10839>>. Recuperado en: 30 jun. 2020.

ALVIM, N. A. T. Salud en la perspectiva de la integralidad. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 599-602, oct./dec., 2013. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/es_1414-8145-ean-17-04-0599.pdf>. Recuperado en: 18 may. 2020.

ANZALONE, P. **Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.** Tesis de maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Uruguay, 2018. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20443/1/TMS_AnzalonePablo.pdf>. Recuperado en: 3 jul. 2020.

DOMÉNECH, D. et al. Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014). **Revista Médica del Uruguay,** Montevideo, v.32, n.3, p.137-144, sept., 2016. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300002>. Recuperado en: 30 abi. 2020.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Salud Pública de México.** Cuernavaca, v. 32, n. 2, p. p. 113-117, marzo-abril, 1990. Disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/5280/5424>>. Recuperado en: 30 mar. 2020.

FAJARDO-DOLCI, G. et al. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 57, n. 2, marzo-abril, 2015.

FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. (2018) La encrucijada de la Salud Mental en el Uruguay progresista. **ConCienciaSocial** - Revista digital de Trabajo Social, Córdoba, v. 1, n. 2. p. 29-49, 2018. Disponible en: <<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19939>>. Recuperado en: 13 may. 2020.

FERNÁNDEZ CASTRILLO, B.; PALOMBO, C.; MOREIRA, A. Políticas de Salud Mental en el Uruguay actual: Algunos resultados de investigación. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 94-106, set./dez. 2018. Disponible en: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/20844>>. Recuperado en: 1 jul. 2020.

FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. **Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista**. Montevideo: CSIC-Udelar Uruguay, 2017.

FERNÁNDEZ CASTRILLO, B. (2009). **Complejidad Social y Salud Mental**. Montevideo: Editorial CSIC Udelar, 2009.

FERREYRA, J.; STOLKINER, A. Qué pasó en Salud Mental durante el último año de gobierno. El cambio es el retroceso. **Página 12**. 12 de enero de 2017. Disponible en: <<https://www.pagina12.com.ar/13718-el-cambio-es-el-retroceso>>. Recuperado en: 30 mar. 2020.

LÓPEZ PUIG, P.; GARCÍA MILIAN, A. J.; SEGredo PÉREZ, A M.; ALONSO CARBONELL, L.; SANTANA FELIPE, A. Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, Havana, v. 40, n. 4, p. 249-262, 2014. Disponible en: <<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n4/249-262/es>>. Recuperado en 13 may. 2020.

MENÉNDEZ, E. L., Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. **Cuadernos Médicos Sociales**, Rosario, v. 73, p. 5-22, may., 1998. Disponible en: <<http://tie.inspvirtual.mx/recursos/temas/etv/OAParticipacionSocialWeb/material/Participacion%20social%20en%20salud.pdf>>. Recuperado en: 08 sep. 2020.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - MSP. División Recursos Humanos del SNIS. **Equipos del Primer Nivel de Atención**, 2012. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Doc.3_Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf>. Recuperado en: 13 may. 2020.

MINOLETTI, A., SEPÚLVEDA, R., GOMEZ, M. et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e131, oct., 2018. Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386069/>>. Recuperado en: 08 sep. 2020.

NACIONES UNIDAS. Policy Brief: **COVID-19 and the Need for Action on Mental Health**, 13 may 2020. Disponible en: <https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf>. Recuperado: 26 jun. 2020.

ROZAS, M. et al. **La incidencia de la formación en la inserción laboral y desarrollo profesional de los graduados de la Escuela Superior de Trabajo Social en la ciudad de La Plata**. La Plata: Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata, 2007. Disponible en: <http://www.gias.com.ar/congreso_nacional_de_trabajo_social/Rozas,%20M.%20y%20otros.pdf>. Recuperado en: 02 sep. 2020.

RUGGERI, M. et al. 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**, Berlin, v. 29, p. 265-276, 1994.

RUGGERI, M., LASALVIA, A., DALL'AGNOLA, R., VAN WIJNGAARDEN, B., KNUDSEN, H.C., LEESE, M., GAITE, L., TANSELLA, M. & the Epsilon Study Group. Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version. **British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 177, n. 39, p. 41-48, 2000.

STOLKINER, A.; SOLITARIO, R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. In: MACEIRA, D. compilador. **Atención Primaria en Salud: enfoques interdisciplinarios**. Buenos Aires: Paidós, 2007.

URUGUAY. **Decreto N° 305/011** - Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Tomo 1, Semestre 2, Página 545, agosto de 2011. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>>. Recuperado en: 7 jun. 2020.

_____. **Ley de Salud Mental N° 19.529**, del 24 de agosto de 2017. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/ley-n%C2%BA-19529-salud-mental-normas>>. Recuperado en: 30 mar. 2020.

_____. **Ley de Urgente Consideración (LUC) N° 19. 889**, del 9 de julio de 2020. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19889-2020>>. Recuperado en: 8 ago. 2020.

_____. **Ley N° 18.211**, de 2017. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Parlamento de la República Oriental del Uruguay. Tomo 2, Semestre: 2, Página 1.369, 2017. Disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6882357.htm>>. Recuperado en: 30 mar. 2020.

_____. **Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027**. Disponible en: <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>>. Recuperado en: 30 jul. 2020

VALLES, M. El reto de la calidad en la investigación social cualitativa - De la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas. **Revista Española de Investigación Sociológica** – REIS, v. 110, p. 91-114, 2005.