**Título de la ponencia:** Tensiones y contradicciones de la reforma de las políticas de salud mental en Uruguay: reflexiones a partir de una investigación en curso.

**Nombre(s) y apellido(s):** Julia Perea, Valeria Píriz, Mariana Pereira, Carla Palombo, Fiorela Grippi.

**Afiliación institucional**: Facultad de Psicología, Universidad de la República-Uruguay.

**Correo electrónico:** [proyectocsic2020@gmail.com](mailto:proyectocsic2020@gmail.com)

**Máximo título alcanzado o formación académica en curso:**

* Mag. Julia Perea, Profesora Adjunta, UdelaR, Magíster en Salud Comunitaria.
* Mag. Valeria Píriz, Asistente, UdelaR. Magíster en Psicología y Salud.
* Lic. Mariana Pereira, Ayudante, UdelaR, Maestranda en Psicología Social.
* Lic. Carla Palombo, Investigadora, Maestranda en Salud Mental.
* Lic. Fiorella Grippi, Investigadora, Maestranda en Estudios de América Latina.

**Eje temático-problemático que ha aceptado la ponencia:** Eje 11. Estado, instituciones y políticas públicas.

**Introducción**

En esta ponencia se realizará un recorrido histórico de los procesos de reforma en términos de legislación y atención en Salud Mental en Uruguay, con el objetivo de repasar los avances y tensiones en la normativa del país, incorporando la perspectiva teórica de diferentes paradigmas que colaboran a interpretar el complejo campo de la salud mental. Asimismo, se compartirán los resultados preliminares de un estudio sobre la capacidad resolutiva de los servicios del Primer Nivel de Atención en Montevideo y Área Metropolitana, desarrollado actualmente desde el Instituto de Psicología de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). La investigación cuenta con el aval académico y financiero de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la UdelaR, en el marco del llamado I+D 2020[[1]](#footnote-1) y se inscribe en una línea de acumulación sobre evaluación y monitoreo de políticas públicas en salud mental, a partir de sucesivas revisiones realizadas individual o colectivamente como Grupo de Investigación Interdisciplinaria Complejidad Social y Salud Mental coordinado por la Dra. (PhD) Beatriz Fernández Castrillo. Con esta ponencia se pretende sintetizar un largo camino de producción de conocimiento interdisciplinar acerca de la salud mental en Uruguay, retomando varias investigaciones llevadas adelante por las integrantes de este equipo interdisciplinario, donde se incorporan aportes desde las áreas de psicología, trabajo social y sociología, a partir de las tesis de grado y posgrado de sus investigadoras. Particularmente, esta investigación resulta relevante ya que son escasos los estudios que evalúen la capacidad resolutiva de los servicios del PNA desarrollados a nivel nacional. A su vez, parece muy oportuno monitorear el proceso de innovaciones emprendidas en Salud Mental, que tiene lugar a partir del año 2011 al decretarse el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (PIPSM-SNIS), seguido de la aprobación de la primera Ley de Salud Mental Nº 19.529 y el Plan Nacional de Salud Mental 2020- 2027, dada la inversión económica y social que han implicado estos cambios normativos para abordar un problema sociosanitario muchas veces marginado de la preocupación ciudadana.

**Desarrollo**

Describir el origen de la atención en salud mental en Uruguay, implica mencionar el surgimiento de las instituciones psiquiátricas en el país. La primera institución destinada a la atención de pacientes con *enfermedad mental* fue el Asilo de Dementes en 1879, con capacidad para albergar 348 personas. Al año siguiente, se funda el Hospital Vilardebó, centro de referencia aún hoy en las representaciones sociales sobre la *locura* y la *enfermedad mental.* Esto implicó la creación de 700 nuevas camas, que sin embargo no fueron suficientes. Es así que se crearon dos Colonias que existen también hasta el día de hoy: Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi. En 1936, a partir de la Ley Nº 9581 de la “Ley de asistencia a psicópatas” se organiza y se establece que las instituciones psiquiátricas deberán estar bajo la dirección de un médico psiquiatra y autorizadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Asimismo, se crea un organismo de contralor, la Inspección General de Psicópatas que requiere de constancias y certificados para habilitar la internación y genera la Comisión Asesora de la Asistencia de Psicópatas que resuelve sobre las irregularidades constatadas por un Inspector y tiene iniciativa en la mejora de la

atención (Ottonelli, 2013).

A partir de allí, la internación psiquiátrica tuvo un crecimiento sostenido hasta la década de 1970, cuando se constató la superpoblación de las instituciones asilares y se dio inicio a un proceso de *desmanicomialización forzada,* en un período histórico represivo determinado por la dictadura cívico-militar. En este proceso se reduce en un 50% la población internada, pero no se despliegan dispositivos alternativos en la atención, lo cual tuvo efectos no solamente a nivel sanitario sino social, lo que se tradujo en pobreza, indigencia y otros tipos de problemáticas para esta población ahora desprotegida y desamparada.

Las críticas al modelo asilar ya habían comenzado a resonar una década antes, en 1960, de la mano con la resistencia a las medidas represivas del gobierno del momento y enmarcadas en el discurso de la defensa de los Derechos Humanos. En 1966, el consultor de la OPS/OMS Pierre Chanoit, elabora un informe acerca del tratamiento en salud mental en nuestro país y denuncia la grave situación que se vivía en los centros de internación, instando a las autoridades a generar cambios en el tema. En síntesis, relata que las instituciones asilares del momento se caracterizaban por la infraestructura insuficiente, con personal escaso y poco especializado, los tratamientos se basaban en la medicación y el uso de la electroconvulsoterapia, habían escasos dispositivos de intervención psicosocial y psicoterapéuticos y los/as pacientes egresaban sin un plan post alta (Fernández Castrillo, 2017).

De esta forma, históricamente la atención en salud mental en Uruguay se ha encontrado regida por un paradigma asistencialista tutelar (De Lellis, 2015), en el cual las capacidades del sujeto con padecimientos mentales son abordadas desde el énfasis en la discapacidad, a través de medidas tutelares y de rehabilitación psicofísica, enmarcadas en un régimen de internaciones escasamente controladas y reguladas, generando una peligrosa falta de claridad en los criterios de internación. Por tanto, la representación que se tiene sobre los sujetos con padecimiento psíquico en este modelo, es la de personas peligrosas o discapacitadas, que necesitan ser protegidas o institucionalizadas de forma prolongada. Este modelo, denominado por Menéndez (1985) como el Modelo Médico Hegemónico, está centrado éticamente en la noción de beneficencia y promueve la hegemonía del equipo de salud y la fragmentación disciplinaria. Además de los señalamientos desde la OMS, algunos de los actores más relevantes que se oponen a este modelo y reivindican un abordaje de Salud Mental en clave de Derechos Humanos, son los movimientos sociales. Los movimientos anti-manicomiales proponen un modelo de comprensión en el cual el padecimiento mental sea entendido desde su dimensión subjetiva y en la trama relacional del contexto sociohistórico y político concreto (Fernández Castrillo, 2017). Desde esta óptica, se concibe a los sujetos como personas con capacidades, brindando medidas de apoyo compensatorias a las limitaciones que existen en la relación del sujeto con su entorno. En contraposición, el paradigma Integral (De Lellis, 2015) y el Modelo Antropológico Alternativo (Menéndez, 1985) quitan el foco de la discapacidad y lo colocan en las potencialidades, ya que entienden que la discapacidad no es propia de la persona sino que es un resultado de las relaciones con su entorno. No por ello la internación deja de existir, sino que es regulada mediante criterios y medidas para la protección y basada en el respeto de los derechos del sujeto y en la equidad social. Este modelo de atención promueve la desinstitucionalización, busca fortalecer la intersectorialidad y la articulación de redes y servicios, trabaja desde equipos interdisciplinarios y horizontales, compuestos por profesionales y técnicos no convencionales.

Retomando los procesos de reforma en Uruguay, en 1986 se crea el Plan Nacional de Salud Mental, producto de un intenso trabajo de discusión, que recoge buena parte de estos debates, entre el sector político, gremial, académico y la sociedad civil organizada. En esta instancia se constata que tres cuartos de la población internada, se encontraba en esa situación desde hacía diez años o más (incluso hasta treinta años), por lo cual tenían escasas (o nulas) posibilidades de retornar a la comunidad, denominándose así como *pacientes sociales* ya que se da respuesta mediante el dispositivo psiquiátrico a otro tipo de problemáticas sociales irresueltas. Esta tendencia se agudiza durante la década del ‘90 por la impronta neoliberal del gobierno y, nuevamente, nuestro país recibe un llamado de atención por parte de los organismos internacionales.

La evidencia da cuenta de un importante retraso en la atención a la salud mental en que se encontraba el Uruguay a finales del siglo XX, donde era posible identificar los siguientes problemas: modelo de atención asilar centrado en la enfermedad, diagnósticos incompletos e insuficientes; inexistencia de planes de tratamiento y de evaluaciones periódicas; internaciones prolongadas e injustificadas de los llamados “pacientes sociales”, uso de medicamentos extensivo e irracional; inexistencia de consentimiento informado; personal insuficiente y sin especialización; contratos precarios y con bajos salarios; sistema de atención psiquiátrica desestructurado y desarticulado; legislación obsoleta; estigmatización de la enfermedad mental; inexistencia de organismos de defensa de los derechos de los usuarios. (Fernández Castrillo, 2017). El estancamiento también queda expresado en que el sector privado mutual hasta 2011, solo ofrecía en forma ambulatoria consulta psiquiátrica y medicación y de requerirse, un máximo de 30 días de internación psiquiátrica al año.

En 1994 se publica el informe Derechos y Salud Mental en Uruguay, realizado por la organización Mental Disability Rights International, en el cual se destaca la injustificada, innecesaria y en ocasiones perjudicial internación de personas por períodos muy prolongados, al mismo tiempo que denuncia la casi inexistencia de servicios de salud mental comunitaria, en detrimento del desenvolvimiento social del individuo (Fernández Castrillo, 2017). Toda posibilidad de cambio se ve interrumpida por la emergencia de la crisis de 2002 en Uruguay y la región.

En el año 2007, tiene lugar en Uruguay una reforma de todo el sistema de salud. La aprobación de la Ley N° 18.211 (República Oriental del Uruguay, 2007) da lugar a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que se apoya e inspira en la lógica del paradigma integral y con un claro espíritu reformista. El SNIS tiene como estrategia la Atención Primaria de Salud (Alma Ata, 1978), y se organiza en redes por niveles de atención en salud tomando en cuenta la necesidad de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Se basa en el principio de equidad y solidaridad y propone tres cambios fundamentales: el de financiamiento, el de gestión y el de modelo de atención a la salud.

El cambio en el financiamiento consistió en que las personas aporten un porcentaje de sus ingresos, a diferencia de pagar una cuota fija, brindando además cobertura a su núcleo familiar. Lo recaudado se vuelca a un fondo, al que se le llama Fondo Nacional de Salud (FONASA) manejado por el Estado, con participación social. De esta forma se logra un sistema de financiación solidaria ya que todas las personas pueden estar comprendidas en el Fondo, aún las que no pueden aportar. Estas últimas sólo accederán al subsector público de salud.

En el cambio de gestión el Estado tiene la potestad de plantear objetivos y metas verificando su cumplimiento, evaluando y auditoreando, siendo los usuarios el centro de las acciones que se realizan. En este sentido se promueve un desarrollo a escala humana (Max Neef, 1993) y no un desarrollo economicista.

En esta transformación el Ministerio de Salud es el único gestor, siendo la Junta Nacional de Salud (JUNASA) el organismo de conducción del SNIS con competencias en la administración del Seguro Nacional de Salud (SNS) y el FONASA. La Junta está compuesta por miembros de diferentes ministerios y por representantes de los prestadores de servicios, de trabajadores y de usuarios (República Oriental del Uruguay, 2007).

Con respecto al modelo de atención en salud se propone una concepción de salud integral; en este sentido se enfatiza en la atención interdisciplinaria y las coordinaciones intersectoriales. La salud se concibe como un derecho universal, destacando la promoción y la prevención primaria de la enfermedad, poniendo especial énfasis en los centros de Primer Nivel de Atención (PNA) con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles que brinda al Sistema una ajustada organización de los recursos y las acciones en salud, logrando la continuidad necesaria para llevar adelante una atención de calidad.

La priorización del PNA se materializó en nuevos centros distribuidos racionalmente, ubicados donde la gente vive y trabaja. Esta cercanía con la comunidad, hace que sean lugares fundamentales para avanzar en el cambio de modelo de atención. Es fundamental que los equipos interdisciplinarios promuevan la participación de la comunidad en todos los niveles de decisión (Rodríguez Buño, 2014).

En este marco, se crea el Plan de Implementaciones de Prestaciones en Salud Mental (República Oriental del Uruguay, 2011), que obliga a todos los prestadores de este sistema a brindar atención en nuevas áreas de salud mental con el objetivo de satisfacer la demanda de la población, privilegiando también el primer nivel de atención. En este documento se retoman los lineamientos de la Declaración de Caracas de 1990 (OMS/OPS) y otros acuerdos internacionales como el Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental (2011).

Una década después, en 2017 se promulga la Ley de Salud Mental N°19.529 (República Oriental del Uruguay, 2017), nuevamente luego de amplios procesos de debate. Todos los actores sociales involucrados con la temática, así como los dirigentes políticos, acordaron en la necesidad de actualizar la normativa en esta materia, dejando atrás la Ley del Psicópata de 1936. Sin embargo, las propuestas acerca del contenido que debería tener la nueva Ley de Salud Mental fueron objeto de controversias. Algunos ejes fueron clave: la denominación del sujeto que tiene por objeto la ley como “personas con trastorno mental” o “usuarios/as de servicios de salud mental”, el cierre de las instituciones asilares y monovalentes, y la creación de un Organismo de Contralor independiente y autónomo. El seguimiento de los discursos que desplegaron diferentes actores sobre estos tres ejes, permite identificar relaciones de poder (Grippi Laurino, 2019) históricamente ancladas en este campo. Por un lado, encontramos el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1985) de intervenir en salud mental, encarnado en las organizaciones de psiquiatras, y por otro lado, las organizaciones de la sociedad civil, movimientos sociales y parte de la academia (especialmente desde la Psicología y las Ciencias Sociales) abogando en pos de un abordaje integral.

Desde estas perspectivas diferenciadas, los representantes de la medicina defendieron la importancia de sostener el término *trastorno* para una mejor delimitación de la población que sufre las consecuencias de los padecimientos mentales, así como permite mantenerla dentro del campo de intervención exclusivo de la medicina. Mientras que las organizaciones sociales señalaron que la Ley debía orientarse a la atención de toda la población, incluyendo la promoción en salud mental y prevención. Al mismo tiempo, identificaban como problemática la terminología de *trastorno* por su fuerte connotación estigmatizante, este fue el aspecto más importante en cuanto a la lucha de poder simbólica acerca de cómo esta población es determinada y denominada. Respecto al cierre de las instituciones asilares y monovalentes, hubo acuerdo entre todas las partes en que ese era el camino a seguir, sin embargo, al interior de la psiquiatría aún se pueden vislumbrar opiniones encontradas, ya que se entiende que el mal funcionamiento de algunos hospitales psiquiátricos concretos aún no implican la obsolescencia de todo el sistema manicomial en sí mismo. En este sentido, es importante entender que este tipo de instituciones totales han cumplido y cumplen una función política muy importante y pensar el futuro de la salud mental sin ellas es un desafío no solo para los actores que intervienen directamente en esta área, sino para la sociedad toda. Finalmente, hubo tensiones respecto a la creación de un Órgano de Contralor independiente y autónomo que velará por la protección de los Derechos Humanos de los/as usuarios/as, ya que las organizaciones médicas señalaron que ninguna institución estaría mejor capacitada que ellas mismas para regular y monitorear su trabajo. Es decir, siguiendo el paradigma Asistencialista Tutelar (De Lellis, 2015), todo saber externo no es válido y no debe ser tomado en cuenta en la regulación del abordaje.

Luego de largos debates, el texto de la Ley de Salud Mental del 2017, es, ni más ni menos, que una clara muestra de estas tensiones y conflictos de intereses y perspectivas paradigmáticas sobre la salud mental. No da cuenta de un cambio real del modelo de abordaje ni de transformaciones conceptuales profundas. Más bien representa un momento de la lucha de poder con todas las contradicciones que ella conlleva, plasmando visiones conservadoras, al mismo tiempo que intentos de cambio que lentamente comienzan a hacerse visibles y a ganar espacios en el discurso. En el Artículo 1 la Ley define que la población objeto de ésta es la población en su totalidad, sin embargo, esto no es consecuente a lo largo del resto del texto que tiene un fuerte énfasis en la población con *trastorno mental.* Respecto al cierre de las instituciones asilares y monovalentes, se prevé su cierre para el año 2025, lo cual será, a todas luces, imposible y de hecho así fue ratificado por el gobierno uruguayo actual (Muñoz, 2022). Finalmente, se creó una Comisión dentro del propio Ministerio de Salud, en contra de la recomendación de contar con una Órgano regulatorio independiente al mismo.

La creación de la Ley tuvo dos consecuencias que vale la pena destacar: por un lado, la temática de la salud mental logró cierta visibilidad en medios de comunicación y prensa, inexistente hasta el momento. Por otro lado, permitió la articulación de organizaciones sociales y fortaleció su vínculo con algunas áreas de la academia. Lamentablemente, ambas consecuencias fueron efímeras: las organizaciones sociales rápidamente se desactivaron e incluso algunas de las más antiguas se encuentran hoy transitando procesos de reestructuración interna que las alejan de la actividad pública. A partir de la pandemia, el tema de la salud mental volvió a ser cuestionado, especialmente por el aumento del malestar en la población, sin embargo, aún no se encuentra en agenda la posibilidad de avanzar con los cambios propuestos en la ley. Distintos colectivos de profesionales y civiles reclaman al Estado un incremento del presupuesto, mayores garantías y atención urgente y eficiente a la salud mental de nuestra población, especialmente luego de la pandemia. Sin embargo, las señales del gobierno son casi inexistentes y cada vez hay más carencias. Los modelos de atención son antiguos y distan mucho de poder lograr los objetivos de una atención integral (Scelza, Pérez, 2022).

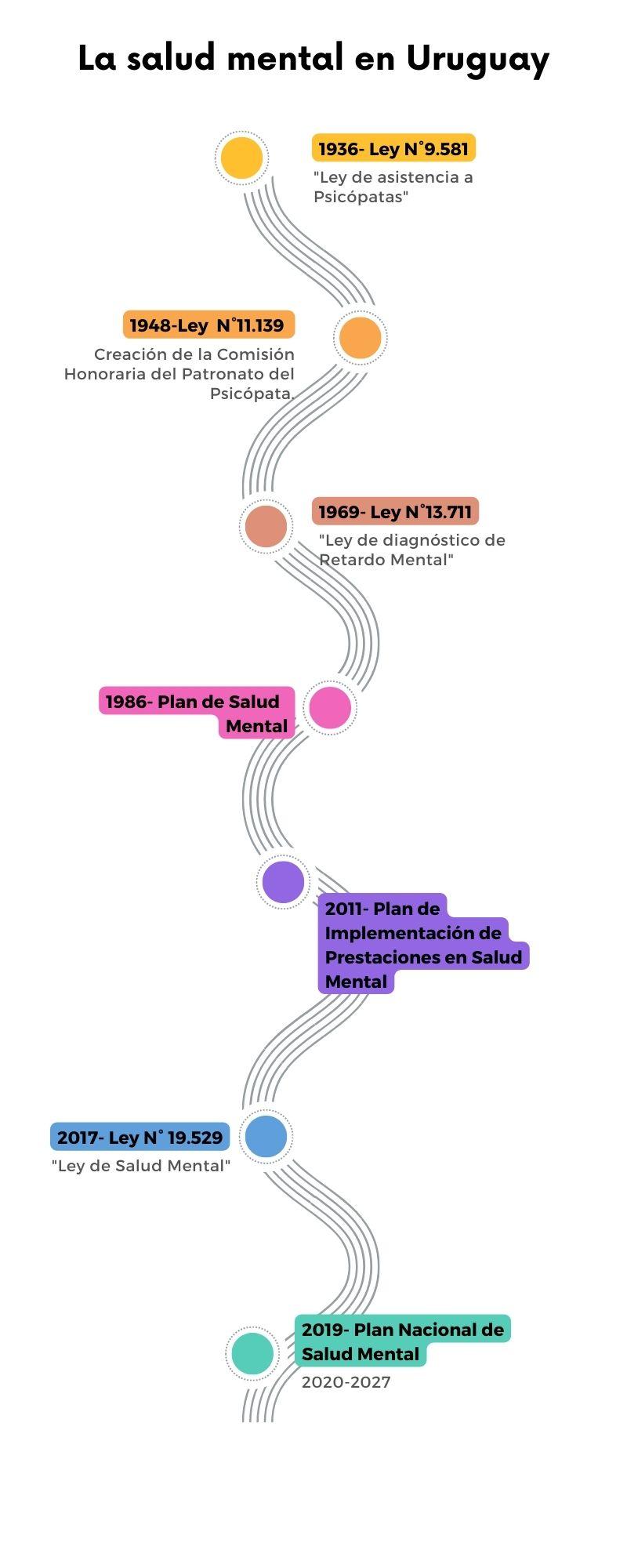


Imagen 0. La salud mental en Uruguay

En 2018 el Ministerio de Salud Pública realiza una amplia convocatoria 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. En este marco se producen informes en distintas dimensiones (promoción y prevención; atención; capacitación, cambio cultural; interinstitucionalidad; e investigación) donde se dispone el tipo y características de los dispositivos para la atención en Salud Mental en el marco del SNIS. En la misma línea, en noviembre de 2019 se reglamenta por Decreto N° 331/019 (2019) el artículo 11 de la ley de Salud Mental (2017), en lo referente a la necesaria coordinación entre diferentes Secretarías de Estado, a efectos de lograr la inclusión social plena de las personas que presentan sufrimiento mental.

Ya en 2020, las nuevas autoridades del 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 de gobierno, anunciando la profundización del SNIS y el estricto seguimiento de los servicios de salud en todo el país, a la vez que indica entre otras consideraciones, que la salud mental estaría dentro de las prioridades del nuevo gobierno, comprometiéndose a impulsar una política referida a las adicciones, en el marco del Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027)[[2]](#footnote-2) Al tiempo que se hicieron esfuerzos para aumentar la oferta asistencial en salud mental del PIPSM-SNIS, en acciones de prevención y promoción mediante intervenciones grupales del modo I, para hacer frente al surgimiento de sufrimiento mental durante la pandemia de COVID-19.

En este marco parece oportuno entonces, acompañar los movimientos a nivel normativo desde los espacios académicos para evaluar el funcionamiento de los servicios de atención, dando un paso más en la consulta ciudadana, como propuesta que pretende observar los posibles avances y retrocesos en el proceso de cambio del modelo de atención, en tanto estrategia sanitaria que se ha trazado el país en su conjunto. Como fue comentado al inicio,el equipo que realiza está ponencia, se encuentra implementando una investigación que busca estudiar la capacidad resolutiva y sus componentes accesibilidad e integralidad desde la óptica de usuarios y familiares de personas que consultan en el Primer Nivel de Atención (PNA) de Salud Mental de Montevideo y Área Metropolitana. La consulta es realizada a población mayor de 18 años que ha recibido asistencia en el último año, incluyendo aquella que ha consultado por sufrimientos relacionados a la crisis sanitaria resultado del COVID19. Para ello, se están realizando entrevistas en las cuales se pretende conocer su conformidad respecto a diferentes dimensiones de la atención, así como indagar acerca del abordaje interdisciplinario en los equipos del PNA. El abordaje metodológico se vale de técnicas cualitativas como las entrevistas y grupos focales presenciales y/o virtuales, siguiendo una pauta reducida construida en base a la Escala de Verona de Satisfacción con el Servicio (VSSS) desarrollada por Ruggeri y Dall' Agnola (2000). Según sus autores, aun siendo un instrumento cuantitativo, estaría especialmente indicado para aplicar, ya que en sus distintas versiones permiten una adecuación cualitativa porque incorpora la lógica comunitaria, de aproximación multiaxial a la evaluación de la atención en salud mental por parte de usuarios y familiares, pocas veces encontrada. Esta guía se aplicó como criterio para todos los procedimientos: entrevistas a informantes calificados; observación de los servicios, para relevar información sobre las variables seleccionadas para evaluar la resolutividad.

Teniendo en cuenta el grado de avance en el trabajo de campo, es importante aclarar que estos son resultados preliminares y que el objetivo de presentarlos en este espacio es ponerlos en diálogo con colegas de la región, con la finalidad de debatir conjuntamente estrategias de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. En términos generales, los/as usuarios/as se muestran conformes con la atención brindada. Sin embargo, es importante señalar que la población que tiene por objetivo esta investigación son justamente aquellas personas que ya han accedido a la atención, por lo cual, quedan excluidas aquellas personas que no están logrando acceder a esta prestación, lo cuál también tiene relación con la capacidad resolutiva del PNA. En muchos casos, los/as usuarios relatan que logran acceder a la atención de uno de los profesionales en salud mental (por ejemplo, psicólogo/a), mientras que manifiestan fuertes dificultades para conseguir hora en otros (por ejemplo, psiquiatra).

Dentro de los datos recabados y sistematizados, se encuentra una buena valoración de aspectos relacionados con la empatía, el trato y las competencias profesionales. Los/as entrevistados/as, relatan sentirse seguros acerca del cumplimiento del secreto profesional y señalan que las condiciones del espacio donde se lleva adelante la consulta son adecuadas y privadas. Al mismo tiempo, dicen sentirse comprendidos/as, escuchados/as y perciben interés por parte de los profesionales. Sin embargo, en algunos casos no manifiestan la misma conformidad con el personal administrativo, de quienes demandan mayor comprensión y un trato más amable. En pocas ocasiones, las personas son derivadas a otros centros para continuar o complementar su tratamiento, y son escasas las ocasiones en las que se integran otras disciplinas por fuera de la psiquiatría y psicología, en el abordaje en salud mental. Finalmente, las respuestas sobre la percepción de un trabajo articulado y en equipo entre los profesionales, varían mucho según la policlínica en la que el/la usuario/a es atendido. Respecto a la atención en salud mental durante la Emergencia Sanitaria por la Pandemia del Covid-19, los/as usuarios/as relatan experiencias diversas. Por un lado, hay quienes han tenido atención ininterrumpida (aunque sea de forma virtual), mientras que otros/as han tenido algunas dificultades de acceso. Particularmente, en reiteradas oportunidades expresan molestia ante la demora para tener consulta con psiquiatra cuando son derivados/as.

**Reflexiones finales**

El camino para la regulación de la atención en Salud Mental en nuestro país, que comenzó a fines del siglo IX, siempre estuvo cargado de tensiones y contradicciones. Sin embargo, se considera que el esfuerzo realizado para que la Ley de Salud Mental del 2017, se promulgara, sigue siendo necesario en la medida que existen intereses contrapuestos que aún obstaculizan su ejecución.

Es fundamental recordar que el objeto de la Ley N° 19. 529 es

garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social (pág.1)

Es un compromiso de todos los profesionales de la salud atender este objetivo, reorganizar los recursos, trabajar interdisciplinariamente desde una concepción integral de salud, cumpliendo con la continuidad de la atención universal, mediante un articulado sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención.

La protección de la salud mental debe abarcar la promoción de salud, así como la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento oportuno y recuperación, creando un entorno que permita una vida digna de todas las personas, y sobre todo de aquellas personas con sufrimiento psicosocial (Ley N° 19.529).

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) reafirma que es imprescindible que toda legislación o política pública que aborde la problemática de las personas con *discapacidad mental* o *discapacidad psicosocial* debe reconocer que el principal obstáculo para el ejercicio de sus derechos y de su plena inclusión social no es la discapacidad en sí, sino las limitaciones que las sociedades imponen al ejercicio de estos derechos. Asimismo, juega un papel fundamental la estigmatización social y las consecuencias en términos de prácticas discriminatorias de las que personas han sido y continúan siendo objeto (Fernández, 2010). La discapacidad surge, así, de esa relación tensa e inhabilitante, en la mayoría de los casos, que existe entre las personas y su entorno, que es necesario abordar con legislación y mecanismos de apoyo que colaboren con la inclusión y no generen mayor exclusión social.

Para que estas transformaciones se produzcan, son necesarios varios cambios en distintos campos de las políticas públicas. En relación a la formación de futuros profesionales, la universidad tiene la obligación ética de reflexionar sobre sus planes de estudio, impulsando una formación curricular que permita el egreso de profesionales preparados para cumplir con lo propuesto por el SNIS y por la Ley de Salud Mental. Asimismo, en el plano cultural y de la ciudadanía, resulta fundamental que toda la población esté informada sobre las nuevas políticas de salud y los derechos de los usuarios, para participar activamente en la defensa de los mismos.

**Referencias bibliográficas**

De Lellis, M. (2015) Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación. En De Lellis (2015) Perspectivas en salud pública y salud mental (pp. 85-119). CABA: Nuevos Tiempos.

Decreto Nº 331/19 Reglamentación de Artículo 11. Coordinación Interinstitucional. Ley Nacional de Salud Mental Nº 19.559. Uruguay. Recuperado de: https://www.impo.com.uy/bases/decretos/331-2019#:~:text=Cr%C3%A9ase%20la%20Comisi%C3%B3n%20Intersectorial%20en,mental%20y%20monitoreando%20su%20cumplimiento.

Fernández Castrillo, B. (2017) Salud mental y políticas públicas: algunas notas. En Salud Mental, comunidad y Derechos Humanos. Montevideo: Psicolibros

Fernández Castrillo, B. (2017) Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista. Montevideo: Biblioteca Plural

Fernández, M. T. (2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Opinión y Debate. (11) Noviembre. Recuperado de: https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25716.pdf

Grippi Laurino, F. (2019) Entre el ser y el deber ser: discursos en torno al debate por el proyecto de Ley de Salud Mental (2015-2017) Tesis de grado. Universidad de la República, FCS, DS.

Max Neef (1994) Desarrollo a Escala Humana. Recuperado de: h[ttps://core.ac.uk/download/pdf/17276741.pdf](https://core.ac.uk/download/pdf/17276741.pdf)

Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos.Desarrollo Económico, 24(96), 593-604.

Ministerio de Salud Pública-Uruguay (2019) Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Recuperado de: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-ort-uruguay/psicologia-social/plan-nacional-de-salud-mental-2020-2027-aprobado/18516627>

Muñoz, A. (14/2/2022). ASSE inauguró una casa para usuarios de salud mental en Pando, pero Cipriani reafirmó que no se cerrarán las colonias ni el Vilardebó antes de 2025, como establece la ley. La Diaria. Recuperado de: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/2/asse-inauguro-una-casa-para-usuarios-de-salud-mental-en-pando-pero-cipriani-reafirmo-que-no-se-cerraran-las-colonias-ni-el-vilardebo-antes-de-2025-como-establece-la-ley/>

ONU. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Art. 30; Numeral*, *2*.

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1978) Atención Primaria de Salud. Recuperado de h[ttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=BF8A9F6CDADCB007D36A63633ECD2CA4?sequence=1http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=BF8A9F6CDADCB007D36A63633ECD2CA4?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf%3Bjsessionid=BF8A9F6CDADCB007D36A63633ECD2CA4?sequence=1http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=BF8A9F6CDADCB007D36A63633ECD2CA4?sequence=1)

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS (1990) Declaración de Caracas, Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990. Recuperado de: <http://www.mpba.gob.ar/files/documents/declaracion-caracas-1990.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2011) Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional en Salud Mental, Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: https://iris.paho.org/handle/10665.2/2790

Ottonelli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. (2013) Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala.

Políticas públicas de salud en Uruguay (2004-2014) Resultados, ejes de discusión y desafíos a corto y mediano plazo Serie: Políticas en debate. AGEV/OPP. (11-60). Recuperado de:

<http://agev.opp.gub.uy/observatorio_docs/publico/politicas_salud_uruguay_2004_2014.pdf>

República Oriental del Uruguay, Ministerio de Salud, Dirección de Programación Estratégica en Salud, Programa Nacional de Salud Mental (2011) Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado 28 de mayo de 2019, disponible en: <http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf>

República Oriental del Uruguay. Ley N° 18.211, de 5 de diciembre. Diario Oficial, 13 diciembre de 2007. Recuperado de: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61

República Oriental del Uruguay. Ley 19.529, de 24 de agosto de 2017. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Ruggeri, M., Lasalvia, A., Dall’Agnola, R., Van Wijngaarden, B., Knudsen, H.C., Leese, M., Gaite, L., Tansella, M. y the Epsilon Study Group (2000). Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale - European Version. British Journal of Psychiatry, 177(Suppl. 39), s41-s48.

Scelza B, Pérez F.(22/06/2022) Ley de Salud Mental en el Uruguay: 5 años sin presupuesto. *La Diaria.* Recuperado de:

<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/6/ley-de-salud-mental-en-uruguay-cinco-anos-sin-presupuesto/>

1. Proyecto CSIC I+D 2020 “Evaluación social de la resolutividad del PNA para avanzar en las políticas de salud mental en el Uruguay del siglo XXI”. ID:426 Instituto de Psicología de la Salud. Facultad de Psicología, UdelaR. [↑](#footnote-ref-1)
2. Declaraciones del Ministro de Salud Pública Daniel Salinas en reportaje radial según informe de Gustavo Guisulfo realizado el 2 de marzo de 2020 en Radio Uruguay 1050 AM, disponible en http://radiouruguay.uy/salinas-asumio-al-frente-del-msp-y-marco-sus-prioridades/ [↑](#footnote-ref-2)