

## **Salud Mental en Piedras Blancas: ¿Prevenir o Curar?**

### **Un estudio de las Políticas Sociales de Prevención y Promoción, y su inserción territorial<sup>1</sup>**

#### **Nombre de los autores:**

Carla Palombo, [carlad3@hotmail.com](mailto:carlad3@hotmail.com)

Florencia Fuentes, [flopytito@hotmail.com](mailto:flopytito@hotmail.com)

Esmeralda D' Angelo, [esmedan84@hotmail.com](mailto:esmedan84@hotmail.com)

**Afiliación Institucional:** Universidad de la República, Facultad Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social..Taller de Investigación Construcción Social de la Salud Mental 2010

**Docente responsable:** Beatríz Fernández Castrillo, [beatrizfer@fcs.edu.uy](mailto:beatrizfer@fcs.edu.uy)

#### **Resumen:**

La investigación responde al abordaje de las políticas sociales de prevención y promoción de la Salud Mental, implementadas en el barrio Piedras Blancas. Tomando como referencia la Unidad Especializada en Salud Mental, de la Policlínica Badano Repetto, priorizamos una visión de alcance territorial con el objetivo de comprender la articulación de las redes sociales en el barrio, en función de las políticas sociales de prevención y promoción de salud mental. La metodología utilizada, de carácter cualitativo, supone básicamente un abordaje exploratorio. Piedras Blancas se caracteriza entre otras cosas, por la progresiva conformación de asentamientos irregulares, elevados niveles de pobreza y vulnerabilidad social. Casi las tres cuartas partes de sus habitantes, (74.7%) son usuarios de los servicios públicos de salud, por tanto, la instalación del Anexo de Salud Mental en 2005 es considerada una decisión estratégica por parte de las autoridades gubernamentales. Considerando la dimensión social como constitutiva de la salud mental, jerarquizamos la importancia del territorio como área de influencia recíproca entre los individuos y su entorno; la articulación en red de los diferentes actores locales reviste un rol preponderante. Los hallazgos más importantes arrojan indicios de que aún permanecen rasgos del antiguo modelo sanitario (medicalizado), en relación a la concepción y en la práctica cotidiana de la atención en salud desde el

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelAR. Montevideo, 13-14 de Setiembre 2011.

primer nivel. Ello implicaría un obstáculo sustantivo para el desarrollo de estrategias integrales, tal como plantea la Organización Mundial de la Salud.

**Palabras Claves:**

- SALUD MENTAL
- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
- REDES SOCIALES.

**Antecedentes:**

Etimológicamente, el concepto “promover” refiere a iniciar o adelantar una cosa procurando su logro, activar o dar impulso a una cosa” (Restrepo, 2006:1); la promoción en tanto, implica un movimiento positivo a fin de mejorar las condiciones de vida de la población. Si bien las bases conceptuales de ambas nociones se remontan a tiempos muy lejanos, en las últimas décadas, un nuevo debate a nivel mundial sobre el Primer Nivel de Atención en Salud, alcanzando una redefinición en el cuerpo teórico y práctico que lo sustenta.

La Atención Primaria en Salud (APS) se presentó como un enfoque destinado a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas, optimizando la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en el uso de recursos. Se adoptó una visión integral que iba más allá del modelo médico (Menéndez, 1990), reconociendo que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector salud y, por tanto, “deben abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo, cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud.”(OMS, 2008: 1) La realidad muestra que a pesar de los esfuerzos desarrollados, los sistemas de salud, incluso en los países más desarrollados, no ha sido posible alcanzar dichos objetivos.

Para el contexto nacional, apostamos a las potencialidades que brinda este enfoque, donde el Primer Nivel de Atención ocupa un lugar estratégico, y se subraya la importancia de aproximarse a la realidad de un centro de atención de salud anclado en un territorio específico. Desde este lugar, esta investigación intenta dar cuenta de las políticas de prevención y promoción desplegadas desde el Anexo Centro de Salud Mental, del barrio Piedras Blancas desde una lógica de redes, incorporando diferentes organizaciones e instituciones de la zona.

La novedad que introducimos para nuestro estudio, refiere al rol de las políticas de prevención y promoción de la salud mental como impulsoras y orientadoras de la integración social, vinculando a los sujetos con su comunidad, con las instituciones, organizaciones civiles y el colectivo de actores sociales que la componen, de manera de mejorar en conjunto la calidad de vida de todos.

### **Planteamiento del problema e Importancia Científica:**

La importancia de realizar un estudio en el primer nivel de atención, está dado a partir de la vigencia que adquiere la temática en la agenda pública gubernamental a partir de 2005, con la asunción del gobierno progresista. Las expectativas reveladas por diferentes actores sociales, en cuanto a la generación de respuestas integrales a una problemática cada vez más recurrente, son esclarecedoras. A su vez, los escasos hallazgos teóricos revelados para el contexto nacional, constituyen una motivación adicional para la realización de la investigación. Consideramos que la investigación arroja elementos para comprender la temática, a partir de lo que sucede en la realidad de un territorio concreto. La articulación de redes sociales entre una institución de atención a la salud mental en el nivel primario y los principales actores locales, permite pensar en un abordaje de la salud mental, desde las inquietudes específicas que manifiesta un sector de la población, colocando el énfasis en su dimensión social.

En este sentido, autoridades de la Unidad Especializada en Salud Mental, del Anexo Centro de la Policlínica Badano Repetto, manifestaron sus inquietudes frente a las inconsistencias de las políticas públicas de prevención y promoción de la salud mental, a la hora de llegar efectivamente a los usuarios. Este fue un factor fundamental en la elección del problema de investigación. Es por ello, que nuestras pretensiones últimas se dirigen al fortalecimiento de la APS, dado que aproximarnos al conocimiento de una dinámica territorial, aporta elementos útiles para la elaboración de políticas públicas de prevención y promoción de la salud mental. Asimismo, se pretende interpelar cuestiones que refieren a las posibilidades reales de participación de la población en temas elementales a la hora de pensar su bienestar. La importancia de agudizar la mirada sobre los determinantes que hacen a la construcción de la salud mental, abre el juego en torno al debate público evidenciando la dimensión social de la misma, y exige como condición ir más allá de explicaciones cimentadas en términos

médicos. Pensar al sujeto en el contexto social, cultural, económico y ecológico donde se desenvuelve, lo involucra en su dimensión integral desde instancias relacionales con sus semejantes y con el entorno, en un proceso de salud-enfermedad, donde se constituye como portador de los emergentes de ese proceso.

### **Marco Conceptual:**

El Modelo Médico Hegemónico se constituye e instituye en los países capitalistas centrales a comienzos del siglo XIX, simultáneamente con el proceso de obtención de hegemonía de la burguesía, y cuando la relación de clases se establece fundamentalmente desde el binomio burguesía-proletariado. Como conjunto de teorías y prácticas sustentadas en el método científico de corte positivista, el modelo médico se asocia en primera instancia (aunque no exclusivamente), al disciplinamiento de las clases subalternas. Mejorar su calidad de vida y erradicar enfermedades de fácil y rápida transmisión originadas en las pésimas condiciones de vida en las que se encontraban, parecía ser un argumento válido para justificar la intervención de la medicina en la vida social. Sin embargo, el trasfondo de estas cuestiones manifestaba ser un poco más complejo y no tan altruista; los motivos eran esencialmente políticos y económicos. Las clases trabajadoras industriales adquieren mejoras relativas de su calidad de vida y comienzan a obtener determinados "beneficios sociales como producto de sus luchas y de las necesidades productivas y legitimadoras de la clase dominante." (Menéndez, 1990: 34). Dichas mejoras implican no solo el control sobre los focos de contagio, sino fundamentalmente, el control ejercido sobre los sectores más problemáticos de la sociedad; conjuntamente con otros mecanismos de control y disciplinamiento social, las prácticas de salubridad pública contribuyen al mantenimiento del orden minimizando la amenaza siempre latente, sobre la hegemonía de las clases dirigentes.

En este escenario, la medicina científica adquiere su legitimación por parte de la gran masa trabajadora; el proceso de medicalización de la vida social, se vincula estrechamente con procesos ideológicos y técnicos que operan a nivel del conjunto social. Para las Ciencias Sociales, el término *medicalización* refiere a la expansión de este conjunto de procesos tanto ideológicos como técnicos, donde la medicina se introduce con significativo ímpetu en áreas de la vida social, que antes no estaban consideradas bajo su dominio. Entre ellas, se coloca especial atención a las diferentes

etapas del ciclo vital de los individuos; el control y adoctrinamiento estaban orientados a minimizar riesgos inherentes a cada una de estas fases biológicas, así como también aquellos relacionados a comportamientos adquiridos, vinculados al consumo de determinadas sustancias (tabaco, alcohol, etc.) tendientes a deteriorar la salud humana. (Menéndez, 1984)

Mitjavila (1992) señala que, para que alguna cosa pueda ser medicalizada, es necesario que sea clasificada, evaluada, caracterizada en términos de normalidad-anormalidad. Esto es posible gracias a la función normalizadora del saber médico, alcanzado “a través de un poder legitimado en función de objetivos explícitos (cura real o imaginaria), y de bases cognoscitivas de tipo técnico científicas.” (Menéndez, 1984: 72) La estrategia médica “normalizadora” afecta a un vasto sector poblacional, entendiendo que son portadores de “conductas socialmente desviadas”, las cuales no estaban ajustadas al criterio axiológico exigido para mantener el orden social.

*“Lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado y aún pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad, y la política social pasó a adoptar una perspectiva adecuada a la imputación de enfermedad. Las cadenas se rompieron y por todos lados el profesionalismo de la salud se erigió para legitimizar la reivindicación de que la conducta adecuada ante la desviación es el “tratamiento” en las manos de una profesión respetable y diestra.”*

(Freidson, 1978: 252)

Entre los dispositivos sanitarios aplicados, destacamos uno de ellos, referido al desarrollo de estrategias de carácter punitivo. Como conjunto de prácticas técnico-políticas, estaban dirigidas a la aplicación de sanciones, fundamentalmente mediante mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento hacia sectores que constituían algún tipo de amenaza o riesgo social. (Mitjavila, 1992) El desarrollo de este tipo de estrategias, dio paso a la instalación de grandes establecimientos de encierro, como es el caso de los manicomios; su finalidad es juntar en un mismo lugar a personas con problemas mentales, separándolas del resto de las personas “normales”, incluso de su familia y su entorno más cercano. Es la propia lógica del modelo médico lo que genera este aislamiento; a las personas con padecimientos mentales, (incluso los que no los padecían, pero eran considerados una amenaza para el orden social) se les quitaba toda oportunidad de participación, privándolos en consecuencia, de sentirse integrados a

la comunidad de referencia. Este es uno de los puntos de inflexión con respecto al abordaje integral de la salud mental, impulsado a partir de las últimas décadas del siglo XX; si bien en la práctica coexisten elementos de ambas concepciones, la idea del aislamiento es una de las últimas estrategias a las que acuden los técnicos, apostando (aunque no siempre con éxito) a la integración de los pacientes, a la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención, con las herramientas que brinda la APS.

Cada vez con mayor vigor, el asunto de la salud de las poblaciones comienza a constituirse en asunto primordial para los estados nacionales, ya que la calidad de vida del colectivo social, es un elemento esencial para su desarrollo. Paralelamente, el modelo médico asume el monopolio absoluto sobre la definición y tratamiento de la salud de las personas; no obstante, el método aplicado operó predominantemente en el plano curativo y marginó o desplazó a un lugar secundario, las políticas preventivas y promotoras de prácticas de salubridad pública. (Menéndez., 1990) El análisis de la estructura y función del modelo médico permite comprobar lo señalado, a partir de una serie de características estructurales: su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participación subordinada, etc., los cuales determinan un tipo de práctica técnica y social, donde los factores “causales” de la enfermedad y aquellos que llevan a la curación son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son secundarios, y el sujeto siempre es considerado como "paciente". (Menéndez, 1990) Otra particularidad remite concretamente a los roles adjudicados al paciente y al técnico (el médico) respectivamente, durante el proceso de atención; el paciente desde un lugar pasivo es depositario del saber especializado del médico, el cual a través de la implementación de procedimientos diseñados según el carácter del padecimiento, actúa para alcanzar la cura de la enfermedad. Así, la práctica médica emergente de este modelo es exclusivamente reparativa, derivada de un método único que se reduce al individuo, y que no cuestiona las políticas públicas de salud, o los factores económicos-políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, lo cual supondría en última instancia interpelar al proceso dominante.

Reflexionar sobre estas cuestiones, es sustancial para comprender nuestro objeto de estudio y explicar las dificultades que existen al abordar la salud mental desde un enfoque integral. El modelo médico implica el desarrollo de una práctica sobre el sujeto que padece una enfermedad, y no de la enfermedad construida y determinada en un

contexto específico, que puede manifestarse de diversas formas de acuerdo a la interacción de dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, que trascienden lo meramente individual. La práctica médica emergente de este modelo, convierte el problema específico en algo abstracto, donde lo determinante es lo genérico, y no la situación específica de los sujetos, situados socio históricamente.

La necesidad de maximizar la eficacia de las prácticas médicas fue generando inversiones costosas en infraestructura que, en muchas ocasiones no se ajustaban a las necesidades sanitarias colocadas por los diferentes estados; este fenómeno, acompañado entre otras cosas, al acceso desigual de los sujetos a los sistemas de salud, a las diferencias significativas entre diferentes países en relación a los servicios otorgados e inequidades sanitarias a la interna de los mismos, dejaron al descubierto las falencias que manifestaba este mecanismo, e impulsó el debate internacional para mejorar el nivel y la calidad de los servicios asistenciales ofrecidos a la población. En función de ello, "las definiciones emanadas de la Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra en 1977, marcaron un jalón fundamental en el desarrollo de las políticas de salud a nivel mundial, y Alma Ata, en 1978, abre la brecha de la APS como estrategia esencial para el cumplimiento de la meta de Salud para todos en el año 2000". (Canetti et al, 1996:7)

En ella se define:

*“La atención primaria de salud es una atención esencial de la salud sustentada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente válidos y socialmente aceptables que se ponen universalmente a disposición de las personas y de las familias en la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener en todas las etapas de su desarrollo en un espíritu de autovalimiento y libre determinación”* (OMS, 2008: 11)

Desde esta consigna, deriva la insistencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la importancia de la interacción entre el campo de la salud mental con la APS durante el proceso de atención; las potencialidades de la APS implican que

*“es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y*

*constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria*". (OMS, 1978: 28)

El énfasis en la prevención y promoción de la salud a partir de la elaboración de políticas sanitarias específicas, se sustenta sobre la base de un reordenamiento de diversos sectores como la educación, vivienda, servicios, etc., "junto a la propia participación social, en la identificación y elaboración de respuestas a las necesidades de salud de la población." (Canetti et al, 1996:7) La salud deja de ser dominio exclusivo de la medicina y adquiere un perfil más complejo, constituyéndose en una preocupación que atañe a toda la población. Desde estas instancias de debate, tiene lugar paralelamente una redefinición del concepto de salud, y en particular de la salud mental:

*"...la salud mental constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social que no existe solamente en una ausencia de enfermedad"*. (Valadez Figueroa, 2004: 44)

*"Ser humano es pensar, sentir, aspirar, luchar y obtener logros, y ser social. Promover la salud, por lo tanto, no puede estar restringido a la preservación del elemento biológico del organismo humano sino a mejorar su vida mental"*. (OMS., 2008:12)

En 1990 el organismo internacional agrega:

*"no basta con diagnosticar trastornos mentales; se trata de incorporar la atención de la salud mental como parte de todas aquellas actividades involucradas en el tratamiento de cualquier enfermedad, y por sobre todas las cosas incluir en todas las actividades de promoción de salud la preocupación por el bienestar psicológico y la calidad de la vida mental individual y colectiva"*. (OMS, 1990:32)

Intervenir en el campo de la salud mental, implica la incorporación de otras variables; complejizar la mirada y asumir la existencia de un proceso constante de interacción entre el hombre y su entorno, donde *"la salud de las poblaciones no se*



*constituye como suma de hechos biológicos e individuales; sino como hecho social que expresa la evolución alcanzada por una cultura en un momento particular de su historia.”* (Fernández. 2005; 21) La interacción entre el hombre y su entorno, se transforma en un campo de opuestos donde se conjugan y confrontan concepciones sobre lo que implica “ser sano” y “ser enfermo”, la correspondencia entre hombre y sociedad, en el marco de valores y consignas culturales, el contexto social, económico y político de cada sociedad. (Custo, 2008)

Pichón -Riviere detaca sobre la complejidad del campo de la salud mental:

*”... el sujeto es sano en la medida en que aprehende a la realidad desde una perspectiva integradora y tiene la capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez él mismo. En la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio, y no una relación rígida y estereotipada (...) La salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad, en la relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo”. ( En: Custo, 2008: 25)*

La Salud Mental como proceso, y por tanto como construcción social, es producto del proceso social, a la vez que contribuye a configurarlo, y así emerge como resultante de las condiciones de vida de los sujetos, de su entorno, de su historia y de sus proyectos. En síntesis:

*“la salud mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos, en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos.”* (Custo, 2008: 42)

Subrayando la importancia de los vínculos entre los sujetos y su entorno cotidiano, del ejercicio de una participación activa en cuestiones que hacen a sus propios intereses, nuestro estudio explora desde una perspectiva de redes sociales, si la población realmente forma parte de estos procesos de construcción y mejoramiento de su calidad de vida, en el plano de la salud mental. Analizamos las estrategias desplegadas desde el Primer Nivel de Atención, orientadas a mejorar el bienestar bio

psico social de los usuarios. Actualmente, las principales problemáticas asociadas a la salud mental, tales como enfermedades vinculadas al desarrollo, migración poblacional, desigualdades sociales, violencia, trastornos de tipo psicosociales, consumo de sustancias tóxicas, entre otras, encuentran sus condicionantes fundamentales en factores medioambientales, en comportamientos humanos, y en las determinantes sociales de la salud. Un estudio con estas características brinda insumos a fin de mejorar la estrategia de APS, reflexionando sobre la atención en salud mental, y generando procesos de cambio en las políticas sociales.

En consonancia con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se elabora en nuestro país en 1986 un Plan Nacional de Salud Mental. En este marco, el Ministerio de Salud Pública, comienza el análisis del problema en forma global, instrumentando en su órbita la comisión Nacional de Salud Mental, creada por Resolución Ministerial el 6 de mayo de 1985. (Plan Nacional Salud Mental; 1986) Dicho plan buscaba no solo multiplicar los servicios existentes, sino reformular y transformar la atención a los problemas de la salud mental. Para ello definió como estrategias centrales, la APS y la participación de la población; *“la conjunción de estos dispositivos se orientaba a la extensión de la cobertura, enfatizar en la prevención y detección precoz de los problemas, racionalizar el uso de recursos y sobre todo, contribuir a la democratización de la atención en salud mental.”* (Canetti et al; 1996: 20)

Se subraya también la necesidad de transformar la relación entre los servicios y la población, en la búsqueda de una real participación de ésta en la definición de prioridades y en la toma de decisiones sobre el quehacer en salud mental, a nivel colectivo como individual. (Canetti et al; 1996) Más recientemente, se ha avanzado en la legislación (Anteproyecto de Ley de Salud Mental; 2009), elaboración de planes de salud mental, políticas en APS y sistemas de registro y evaluación en salud mental.

Desde la complejidad que asume este enfoque se piensa a los sujetos en su contexto, en el espacio donde viven, trabajan y desarrollan su vida cotidiana. Esto implica entre otras cosas, el desarrollo de equipos interdisciplinarios capacitados, los que a través de la articulación en redes sociales, puedan responder a múltiples y variadas necesidades de las personas, promoviendo el involucramiento y la participación en éstos asuntos.

Basándose en estas premisas, en el año 2005 se implementó en nuestro país, un Sistema Nacional Integrado de Salud, el cual enfatiza en el fortalecimiento de la

APS, revalorizando las ventajas que brinda dicha estrategia. Las autoridades gubernamentales, consideran que este nivel es esencial, no solo para alcanzar un mejor desarrollo de la atención sanitaria, sino fundamentalmente, para lograr un mejoramiento en la calidad de vida de la población. Los objetivos propuestos por el nuevo sistema de atención a la salud en nuestro país, proponen entre otras cosas:

*“alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población. A través de la implementación de un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos”.* (Ley 18.211; 2007)

Al mismo tiempo, se plantea la universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas; pone como eje el cambio en el modelo de atención, con énfasis en la estrategia de APS y un sistema integral de atención; exige cambios en los modelos de gestión, incluyendo la participación de trabajadores y usuarios en la conducción institucional (Muñoz; 2006) Se ha optado por una reorientación de las acciones sanitarias, en tres dimensiones centrales: a nivel de la gestión, en el modelo de financiamiento y en el modelo de atención. (Ley 18.211; 2007)

En relación a la última dimensión, destacamos la instalación de diferentes centros de atención en salud mental, en puntos estratégicos de Montevideo y algunos departamentos del interior, constituidos por equipos técnicos multidisciplinarios, orientados a satisfacer las demandas de la población, acercando el servicio, facilitando la atención, y habilitando su participación activa en el espacio barrial. A nuestro entender, este es el punto más débil del planteo y sobre él basamos la justificación de nuestro problema de investigación. Hasta el momento, las políticas públicas no han logrado cambios significativos para alcanzar una integración auténtica y representativa de los usuarios reales y potenciales del servicio de salud pública, a través de la

participación de la comunidad organizada. Concretamente en el área de la salud mental, las posibilidades de lograr avances, presentan mayores dificultades.

Reconocemos que se han obtenido resultados para el desarrollo de la APS, en relación a: la organización de los servicios en base a un criterio territorial (de allí deriva la creación del Anexo Centro de Salud Mental, entre otras Unidades Especializadas); el aumento de la accesibilidad a los servicios; conformación de equipos multidisciplinarios; aumento de recursos humanos destinados al primer nivel; aumento de la resolutivez del primer nivel y disminución de las consultas en las emergencias de los hospitales. (Muñoz; 2006) Sin embargo, indagaciones realizadas demuestran que la función estratégica de las diferentes Unidades Especializadas en Salud Mental, aún está acotada a un tipo de atención, entendida como el último recurso que tienen los usuarios, antes de ser derivados a un centro psiquiátrico. No se ha logrado trascender lo meramente discursivo que propone este nuevo enfoque, constatándose a nivel de los técnicos y de la población en general, una fuerte influencia del modelo médico hegemónico. La conformación de servicios en torno a los cuales se puede organizar la participación comunitaria, presenta inconsistencias que obstaculizan, su pleno desarrollo. Un paso importante en éste sentido, es conocer la dinámica interna de los diferentes territorios, en relación a la articulación del trabajo en redes sociales.

El Equipo de Salud del Centro de Salud Mental de Piedras Blancas está inmerso en el proceso de cambio del modelo de atención que promueve la participación comunitaria, con énfasis en la promoción, prevención y atención integral de la familia. El nuevo enfoque marca un quiebre con la concepción psicologísta de salud, que la entendía y explicaba como una dicotomía entre salud-enfermedad; entendemos que ningún sistema de salud es integral, si no tiene en cuenta las necesidades de la población, estableciendo con la comunidad un feedback que permita adecuar la atención a las necesidades reales de los usuarios.

En los últimos años, han proliferado estudios que consideran el área geográfica como un determinante de la salud, al considerar sus determinantes como un entramado de causas, entre las cuales son preponderantes las de tipo social. Implica que no sólo deben analizarse los determinantes individuales, sino también las características del área de residencia o contextuales:

*“el estudio de las desigualdades socioeconómicas relacionadas con la salud que tenga en cuenta el territorio cobra una gran relevancia por*

*diversos motivos: a) existen factores contextuales del área geográfica que explican la salud, independientemente de los factores individuales, como el medio ambiente, el urbanismo, el sector productivo, los equipamientos de ocio, la provisión de servicios tanto públicos como privados o los aspectos socioculturales; b) la detección de áreas geográficas con peores indicadores socioeconómicos y de salud facilitará la puesta en marcha de intervenciones, y c) a veces es más fácil disponer de datos del área geográfica que de los propios individuos.” (Borrell –Pasarín; 2004: 48)*

Desde las primeras aproximaciones a Piedras Blancas, observamos la existencia de un conjunto de códigos y estrategias informales que hacen a las relaciones de producción y reproducción social. Estos contenidos simbólicos dan cuenta de otras formas de pensar la realidad, que no se encuentran institucionalmente legitimadas, pero que no dejan de ser válidas, ya que forman parte de la historia colectiva del barrio. Por tanto, si se apunta a la construcción de salud desde la participación de los involucrados, es fundamental rescatar y habilitar espacios que den cuenta de estas formas alternativas de saber y poder colectivo. *“La recuperación de la historia colectiva es, en este sentido, expresión también de salud.” (Canetti et al; 1996: 40)*

El espacio privilegiado donde se manifiestan las particularidades de un colectivo social, lo constituye el territorio de referencia. Piedras Blancas es una zona de vasta extensión, heterogénea y densamente poblada; expresa una realidad socio económica deprimida, caracterizada entre otras cosas por la progresiva conformación de asentamientos irregulares, elevados niveles de pobreza y vulnerabilidad social. Considerar la dimensión social como constitutiva de la salud mental, supone jerarquizar la importancia del espacio territorial como área de influencia recíproca entre los individuos y su entorno. De esta manera, la instalación de la Policlínica barrial y del Anexo Centro de Salud Mental supone un recurso esencial para la población, ya que gran parte de los habitantes del barrio, son usuarios de los servicios públicos de salud.

Para Villasante, (1998) el territorio es un espacio donde se desenvuelven mecanismos de producción económica social, y de reproducción simbólica y cultural. Las personas expresan desde allí, sus necesidades vitales como espacios de reivindicación de su condición social. Estas necesidades comunes, posibilitan la conformación de grupos y la constitución de redes de interacción entre individuos con el

objetivo de satisfacerlas. Se hace imprescindible conocer de qué manera interactúan (o no), los diferentes actores locales (individuales o colectivos/ formales o informales), con las instituciones de salud pública, en función de las políticas de prevención y promoción de la salud mental. Pensando al territorio como manifestación de actividades transformadoras de la sociedad que lo habita y lo utiliza, como sistema activo en continua evolución y como referencia para el desarrollo de espacios propicios al intercambio y la cooperación, en una lógica horizontal entre usuarios, técnicos y vecinos de la zona en general, el concepto de red social es entendido como:

*”un sistema abierto, multicéntrico que a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos”.* (Dabas; 2003:37)

Esta interconexión de vínculos constituye un apoyo primordial que facilita la búsqueda y generación de alternativas, frente a situaciones adversas que atraviesan los sujetos o los grupos sociales en su trayectoria vital.

A través de las redes sociales, logramos comprender los vínculos que se establecen entre el Anexo Centro y las organizaciones e instituciones del territorio, realizando una mirada aproximativa a las formas de coordinación, para implementar políticas de prevención y promoción en salud mental. Nos basamos en las denominadas redes sociales secundarias, y dentro de ellas nos detenemos en las institucionales. Para Chadi (2000), es posible definir a las redes sociales secundarias, “como las relaciones entabladas en el macrosistema” (pp.45); corresponden al ámbito social más amplio que poseen los sujetos. Por su parte, las redes de carácter institucional, están integradas por instituciones que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social. Los equipos de salud constituyen uno de los componentes de este tipo de redes; su rasgo más destacable es que “no constituyen redes ecológicas, sino que son creadas para amplificar los recursos de los sistemas naturales.” (Chadi; 2000: 46)

A priori, podría decirse que las interacciones que se establecen entre el Anexo Centro y las organizaciones e instituciones del territorio, tienen una frontera precisa y

delimitada. Al fundarse en el derecho y la ciudadanía son consideradas formales, y pueden constituirse a partir de políticas sociales específicas. Estas redes formales son para Villasante (1998) asociativas, es decir:

*”No son las redes sociales personales, sino más bien redes de organizaciones de base o instituciones que desarrollan canales o vías de relación constante. La asociatividad de los actores sociales se presenta como una característica importante para el fortalecimiento de la sociedad civil” (pp. 7)*

Para el caso de las redes que involucran servicios de salud, es importante tener en cuenta que la influencia de la red no debería limitarse únicamente al usuario del servicio; la complejidad de los procesos sociales requiere la incorporación activa tanto de su entorno más próximo (familia, amigos, grupo de pares, vecinos), como de la comunidad en general, donde el individuo desenvuelve su vida cotidiana. La importancia de la función paralela del ámbito de salud como red de apoyo, se verifica en los resultados respecto de la mejoría y la cura, cuando la misma es funcional, y en el descenso de los mismos, cuando este vínculo contenedor no se conforma. Chadi (2000).

El trabajo en red propicia las condiciones necesarias para generar una mirada integral de la salud mental, de los individuos y de las políticas sociales; optimizando recursos a nivel local, y permitiendo la socialización, circulación, confrontación y apropiación de saberes, generando nuevos aprendizajes en la interacción entre las partes.

Ahora bien, si pensamos en el desarrollo de un trabajo territorial desde una lógica de redes sociales, es ineludible contemplar los procesos de participación. Para Trigueros (1991), la participación constituye un pilar fundamental para garantizar el bienestar social y la calidad de vida de los ciudadanos, se constituye en el principio más dinamizador del cambio social:

*“La participación es, en sí misma, ejercicio de democracia. (...) desarrolla la solidaridad. (...) posibilita el libre desarrollo de las ideas. Permite el conocimiento de la realidad y determina, en consecuencia, que se quiere transformar. (...) establece relaciones de igualdad entre las personas que intervienen en una misma acción;*

*permite colocar las instituciones al servicio de las necesidades sociales*". (pp. 8)

Como proceso social, la participación en el ámbito de la salud, refiere a la intervención de grupos organizados de la población en la toma de decisiones, control, deliberaciones y la responsabilidad de la atención de la salud (Hevia et al; 1993) En el caso de la implementación de políticas de prevención y promoción, se busca el apoyo voluntario de la población, para llevar adelante determinados programas y proyectos de desarrollo social establecidos por los servicios de salud o las autoridades locales (Celedón y Noé, 2000: 99)

En términos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Salinas y Guerrero (1999) expresan que:

*“La participación social no se fundamenta solo en razones de tipo ético o político(...) sino que también obedece a una necesidad técnica del sector salud, puesto que contribuye a: La mejoría de la calidad de la atención y el aumento en la satisfacción de usuarios y trabajadores de los servicios (...) La movilización de recursos y construcción de redes locales, con el aporte de los diversos actores y sectores(sociales y técnicos) (...) la adecuación de los programas de salud y generación de los nuevos proyectos que respondan a las necesidades de la población local”* (pp.25)

El interjuego entre la lógica del trabajo en red y la estrategia de APS son dimensiones que se retroalimentan mutuamente y se potencian a la interna de un territorio. Esta interacción, cuando alcanza niveles fluidos de coordinación y desarrollo de actividades comunes a partir de instancias de participación, facilita el diseño y la puesta en práctica de políticas de prevención y promoción, más ajustadas a las necesidades de los usuarios.

Como vimos, los problemas comprendidos en el campo de la salud mental pertenecen a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas; de aquí deriva la raíz de su dimensión social y la importancia que asume la misma, ya que en cada momento histórico, económico, político y cultural, las sociedades generan distintas formas para enfrentar y resolver las dificultades que se plantean al respecto. Los dispositivos utilizados para abordar los problemas sanitarios de la población, deben



tener en cuenta y estar ligados necesariamente, con estilos, valores y organizaciones que un determinado grupo social posee para afrontar las contingencias de la vida cotidiana.

Jerarquizar el modelo de atención integral, implica llevar la atención de la salud mental a espacios cotidianos, donde hombres y mujeres construyen la salud y la vida, involucrando a las personas y su entorno, considerando las relaciones y los vínculos entra ellas y su cotidianidad. (Fernández Castrillo, 2007)

### **Objetivos de investigación**

#### **General:**

Contribuir al fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud Mental jerarquizando, la importancia que adquieren las redes sociales.

#### **Específicos:**

- Conocer las diferentes políticas sociales de prevención y promoción de la salud mental, desplegadas desde el Anexo de Salud Mental en el barrio Piedras Blancas.
- Reconocer si existen actividades desarrolladas por el Anexo Centro de Salud Mental en coordinación con centros de educación pública del barrio Piedras Blancas, a fin de implementar acciones de prevención y promoción de la salud mental.
- Identificar si existen redes sociales que vinculan al Anexo Centro de Salud Mental, y a las organizaciones e instituciones del barrio Piedras Blancas, en relación a la implementación de acciones vinculadas a la prevención y promoción de la salud mental.

### **Enfoque metodológico.**

Se propone una investigación de tipo cualitativa con alcance exploratorio, sobre la base de datos primarios y secundarios, la realización de entrevistas, encuestas y observaciones en ámbitos que consideramos pertinentes.

En lo que refiere estrictamente a la implementación del proyecto, la delimitación geográfica del mismo comprende al barrio Piedras Blancas, de la ciudad de Montevideo. Este se ubica entre los límites de las calles Bvar. Aparicio Saravia, Cno. Domingo Arena, Av. Don Pedro de Mendoza, y Rafael. El espacio físico de referencia para nuestra investigación, es el Anexo Centro de Salud Mental, del Centro de Salud Dr. Badano Repetto; situado en la calle José Belloni 4609 esquina Clemente Ruggia.

El criterio utilizado para su elección fue básicamente intencional, y contempla la preocupación de su coordinadora general sobre las políticas de prevención y promoción de la salud mental, y su inserción territorial. Simultáneamente, fueron seleccionadas un conjunto de organizaciones barriales e instituciones educativas de la zona, con el objetivo de realizar una serie de entrevistas a sus principales referentes. El criterio de selección se basó en dos factores: la accesibilidad y el hecho de que tanto las organizaciones e instituciones contactadas se ubican en un área de desarrollo estratégica: la educación pública. El criterio de muestreo utilizado para la realización de las entrevistas fue intencional, dado que las personas fueron seleccionadas según su afiliación institucional, conocimiento acerca de la temática y el aporte que desde su lugar específico podrían brindar a nuestra investigación.

En primera instancia y de acuerdo a los objetivos propuestos, se intentó identificar qué tipo de acciones desarrolla el Centro, a efectos de proveer información al barrio, relacionada a la prevención y promoción de la salud mental. Para ello, se utilizó la técnica de observación y entrevistas a informantes clave. El paso siguiente, correspondiente al análisis de las organizaciones e instituciones identificadas, pretendió visualizar la presencia o no, de redes sociales vinculadas a la prevención y promoción de la salud mental. En este sentido, la técnica de observación se complementó con la realización de entrevistas.

También se realizaron encuestas a padres, familiares y funcionarios de dos de las instituciones educativas seleccionadas. Esta fue una iniciativa que surgió durante el proceso investigativo y las personas encuestadas fueron seleccionadas totalmente al azar. Se intentó recoger la opinión de personas que no necesariamente fueran usuarios de los servicios de salud de la zona, y que en cierta manera estuvieran vinculados a los centros educativos; en este sentido, nuestra hipótesis planteaba que los centros educativos podían officiar como nexos entre los servicios de salud públicos y la población del barrio. Para las encuestas, el universo de estudio lo constituyen padres y maestros de centros educativos de educación primaria e inicial, extrayéndose al azar un

conjunto de 40 personas. De los datos primarios obtenidos no es posible realizar generalizaciones o llegar a información concluyente, sin embargo consideramos la utilidad de su aplicación para obtener un sondeo sobre el grado de conocimiento del Anexo de Salud Mental, los servicios que brinda y en función de ello, conocer la opinión que se tiene acerca de los mismos.

Durante el proceso exploratorio también fue posible captar instancias de encuentro entre colectivos organizados vinculados a la salud; es el caso de la Comisión de Salud y Medio Ambiente, Red de Efectores de la Salud y Comisión de Violencia Doméstica. En estos espacios, llevamos a cabo instancias de observación, donde enriquecimos el conocimiento y la información otorgada por los entrevistados. Finalmente aunque no menos importante, destacamos la revisión y recolección de material documental, escrito y audiovisual.

**Análisis de datos:**

Cuando comenzamos a realizar las pesquisas para la investigación, los documentos consultados durante el proceso de revisión bibliográfica, daban cuenta de un avance significativo en el abordaje de la salud mental, a partir del fortalecimiento y redefinición de la estrategia de APS. Paradójicamente, los datos de la realidad proponen otra versión, no tan optimista como la que se sugiere a nivel discursivo, y posicionando al abordaje integral de la salud mental como una utopía para la realidad de nuestro país, difícil de alcanzar al menos a corto y mediano plazo.

Una vez en campo, identificamos dos dimensiones de análisis para pensar las políticas de salud mental en la órbita de la APS, desde una perspectiva de redes sociales. El criterio utilizado a fines analíticos, permite visualizar con mayor claridad las dificultades y potencialidades para fortalecer el Primer Nivel de Atención, desde el ámbito institucional y desde el espacio territorial respectivamente.

**Dimensiones de análisis:**

Componente endógeno	Componente exógeno
<p><u>Nivel institucional:</u> Ministerio de Salud Pública- Centro de Salud- Anexo Salud Mental</p>	<p><u>Nivel territorial:</u> Anexo de Salud Mental- organizaciones e instituciones locales- población en general de Piedras Blancas.</p>

Implica las condiciones que están habilitando y/o aquellas que obstaculizan un óptimo desempeño de la APS	Supone la dinámica de trabajo en red desde el Anexo hacia el territorio y la llegada real del mismo a la población del barrio (usuarios o no del servicio de salud), a partir de las políticas de prevención y promoción de la salud mental
---	---

Comenzando con la primera dimensión, una debilidad que realmente nos impactó, dada la importancia que adquiere para desarrollar la atención en salud mental, fueron las versiones desencontradas y en ocasiones ambiguas acerca del Plan Nacional de Salud Mental. Como señaláramos, en 1986 se diseñó un plan de acuerdo a las orientaciones de la OMS y la OPS, colocando el énfasis en el APS a partir de una redefinición de la construcción de la salud mental. Desde la órbita del Ministerio de Salud Pública, dicho plan marcó las líneas de acción a seguir estableciendo una serie de prioridades a tener en cuenta en los años subsiguientes.

Las versiones desencontradas acerca de la existencia de un documento actualizado, representó para nosotros una tarea no menos dificultosa, y en ocasiones plagada de confusión. Mientras que varios de los informantes consultados aportaban versiones diversas en relación al diseño e implementación de un Plan actualizado, desde el Ministerio de Salud Pública tampoco obtuvimos respuestas esclarecedoras, aumentando aún más la incertidumbre al respecto. Podría considerarse como un tema menor, sin embargo, las dificultades en este sentido son un indicio sobre la confusión general que predomina en el campo de la salud mental, tanto en su construcción conceptual, como en su abordaje, y en última instancia, en la percepción general del imaginario individual y colectivo de la población.

Hemos visto la influencia que el paradigma médico hegemónico continua teniendo a nivel las prácticas y concepciones sobre salubridad; también señalamos que nos encontramos en una instancia de transición desde un abordaje medicalizado y parcial a uno con características integrales, de mayor complejidad. Sin embargo, si partimos de la base que los lineamientos que sustentan el abordaje bio psico social de la salud, no están claros para una parte de la comunidad médica, nos preguntamos cómo es posible seguir avanzando en la construcción de este concepto y trascender el modelo de atención clínico.

Para alcanzar un nivel de fortalecimiento de la APS deben considerarse estos temas, repensarlos en función de lo que se está proponiendo como nuevo enfoque, y de

aquello que se les está exigiendo a los profesionales que se desempeñan en el área. El camino a seguir requiere necesariamente romper con visiones y respuestas parcializadas, con estereotipos de la salud mental. En muchas ocasiones los prejuicios que se perciben a nivel del común de las personas, son producto de un sistema que se fue consolidando y que se sigue reproduciendo (entre otras cosas) a partir de las prácticas profesionales de los técnicos de la salud.

Pensando en los recursos humanos y en las condiciones generales con que cuentan los técnicos en el Anexo de Salud Mental, las falencias que se detectan en la atención, responden también a los niveles de formación y motivación que tienen cada uno los profesionales para trabajar en el área. La realidad de nuestro país hace que en muchas profesiones, se tenga que recurrir a estrategias de multiempleo para obtener un mejor bienestar económico; este es un factor que condiciona el desarrollo pleno de la profesión, no solo en lo que hace a las posibilidades de realizar actividades paralelas tendientes a mejorar su formación, sino en el compromiso social que puedan establecer con su comunidad de referencia. Tal como mencionaran algunos autores hace ya más de una década, el acceso a programas de formación continua, es fundamental no solo para mejorar la competencia profesional, sino con el objetivo de que resulten motivacionales para la tarea.

*“Existen dificultades para que los miembros de los equipos de salud tengan acceso a recursos y programas de formación continuada, ya sea porque se oponen trabas burocráticas y económicas, o porque resulta insuficiente la realización de este tipo de actividades en nuestro medio.” (Canetti et al; 1996: 78)*

Para facilitar un trabajo coordinado entre los técnicos del Anexo, mayormente ajustado a las demandas colocadas por los usuarios y, pensando en estrategias futuras de prevención y promoción de la salud mental, es esencial acceder a posibilidades de formación y perfeccionamiento profesional constantes; no sólo en la especialidad de cada técnico, también en relación al trabajo comunitario, a establecer nexos hacia afuera de la institución, a estar al tanto de los recursos locales con los que cuenta el territorio, a fin de que constituyan nuevas herramientas a tener en cuenta al momento de abordar una situación particular. Esto implica entre otras cosas, un fuerte compromiso institucional, con los profesionales de la salud, pero principalmente con los usuarios, ya

que se está contribuyendo a mejorar la calidad de la atención y de los servicios otorgados.

De las entrevistas realizadas a técnicos del Anexo, observamos que a nivel del Ministerio de Salud Pública no se han desarrollado estrategias tendientes a contener emocionalmente a los profesionales del área; factor no menos importante, si tenemos en cuenta que al trabajar en un campo de alta complejidad, los niveles de stress se elevan, generándose emociones encontradas que derivan en tensión y conflicto entre los propios colegas de la institución.

Más allá de planteos a nivel discursivo, subrayamos que la motivación profesional, ya sea fomentando la formación permanente, estableciendo estrategias de contención a los profesionales y mejorando sus condiciones generales de trabajo, constituyen una condición insoslayable, si lo que se pondera desde el enfoque integral, es una mayor dedicación y compromiso profesional con la tarea. Estas cuestiones también hacen al fortalecimiento de la APS y abren las puertas a mejorar el entendimiento y la comunicación a nivel del Anexo, desarrollando un trabajo a nivel territorial, de forma coordinada y adecuada a las necesidades de la población.

El impulso real a la estrategias de la APS solo se alcanzará mediante el desarrollo de un trabajo a nivel territorial y/o con la comunidad, lo cual supone una conexión directa del Anexo con todas sus dimensiones constitutivas, formación de los profesionales en el área, manejo de los recursos a nivel local, incorporación de la dinámica social del barrio, considerando la heterogeneidad de sus relaciones, recursos, posibilidades reales de participación ciudadana, intereses, necesidades, expectativas, entre otras.

Otro elemento a tener en cuenta desde el punto de vista institucional, en el ámbito de la APS, da cuenta del buen relacionamiento existente entre el Anexo Centro de Salud Mental y la Policlínica barrial Badano Repetto. De la entrevista con la coordinadora general del Anexo, se manifiesta que el vínculo se ha ido construyendo y mejorando a lo largo de los años, zanjando algunas diferencias que se presentaban a la hora de trabajar en conjunto. Actualmente, las coordinaciones llevadas a cabo entre ambas instituciones son puntuales, pero se realizan sobre la base del respeto mutuo y la negociación.

Finalmente, es posible visualizar desde algunos profesionales consultados, el esfuerzo y el compromiso que asumen para abordar la salud mental desde una perspectiva integral. En este sentido, nuestra crítica reside en que para complejizar la

mirada y el abordaje de la salud mental, es necesario trascender las acciones particulares de cada uno de los técnicos involucrados; se requiere de un esfuerzo a nivel macro que involucre no solo a las autoridades del centro de salud; se exige un esfuerzo mancomunado del elenco político y las autoridades ministeriales, a fin de brindar las condiciones apropiadas para que este cambio sea viable, y la estrategia de la APS constituya una herramienta eficaz para alcanzarlo.

Retomando la lógica de presentación, nos ubicamos en la segunda dimensión identificada: los vínculos que establece el Anexo hacia afuera, las redes que se establecen entre este y el conjunto de organizaciones e instituciones de la zona, y con la población en general.

Los técnicos del Anexo de Salud Mental, mencionaron la existencia de una Red de Salud convocada y organizada desde dicha institución, con el objetivo de “desarrollar, en función de ejes temáticos jerarquizados y priorizados, líneas de acción que habiliten una reflexión conjunta.” A lo largo de los últimos años se establecieron ejes temáticos que entienden de fundamental importancia: el consumo problemático de sustancias psicoactivas y las situaciones de violencia domestica.”

El concepto de red como tal, pone en juego

*”un sistema abierto, multicéntrico que a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos”.* (Dabas; 2003:37)

El primer elemento que ponemos en cuestión refiere a qué tan abierto es el espacio de intercambio que propone esta “red”. Si bien el discurso de sus integrantes manifiesta que desde su creación, “se ha contado con una buena convocatoria, dinámica”. De acuerdo a los testimonios relevados y a la observación de las diferentes actividades implementadas, desde su constitución en el año 2006, a excepción de escasas incorporaciones, los agentes participantes siempre han sido los mismos. Las

estrategias utilizadas desde este espacio para mejorar y ampliar la participación de la población parecen no ser las más adecuadas, por varios motivos:

La circulación de información se mantiene en los ámbitos institucionales de los agentes integrantes de la red (escuela, liceo, Anexo de salud mental, Socat<sup>2</sup>) constatándose interferencias para que la misma llegue al conjunto de la población. En la planificación para la “Jornada sobre consumo problemático de drogas”, orientada a jóvenes y adolescentes de la zona, se enfatizaba que la convocatoria era “abierta” a la población en general, si bien estaba centrada en un grupo específico; sin embargo, los jóvenes que participaron, de alguna manera estaban obligados a concurrir, ya que estaba programado como una actividad curricular: la no participación implicaba inmediatamente la contabilización de una falta.

Paradójicamente, la evaluación de la jornada para los integrantes de la red, en general fue satisfactoria. Para nosotros, lo que se tuvo en cuenta a la hora de evaluar los resultados fueron los aspectos organizativos de la misma. Las actividades planificadas pudieron llevarse a cabo en tiempo y forma, no existieron grandes contratiempos en su desarrollo; de todas formas, lo que no se tuvo en cuenta fueron las cuestiones que hicieron a la convocatoria. La participación de los vecinos del barrio fue prácticamente nula, los jóvenes que concurrieron lo hicieron en función de ciertas condiciones, y las organizaciones e instituciones que trabajaron en la planificación, apenas representaban a una parte de los actores locales de Piedras Blancas. En términos de Sirvent (1999), estaríamos ante un caso de participación simbólica, en la cual las acciones que se habilitan, ejercen poca o ninguna influencia sobre la política y gestión institucional, y generan en los individuos y grupos la ilusión de un poder inexistente; es el “como si” de la participación.

La gran debilidad de esta “red”, es que implementa acciones pero mirándose a sí misma; si bien ha desarrollado instancias puntuales de sensibilización vinculadas a temáticas que hacen a la salud mental, no ha logrado romper con la barrera institucional, no ha conseguido establecer puentes hacia la población del barrio no solo en lo que refiere a políticas de prevención y promoción; también es necesario avanzar en la construcción de la imagen del Anexo hacia afuera: indicios demuestran que existen personas que ignoran los servicios que brinda, las políticas que se implementan, y lo que es más alarmante aún, ignoran la propia existencia del Anexo en el barrio.

---

<sup>2</sup>

Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial



Es un tema altamente complejo el de la participación, que evidentemente no pasa simplemente por una buena convocatoria o por la buena voluntad de las personas. Es una tarea ardua concientizar y fomentar en las personas una cultura de la prevención y promoción en salud, entre otras cosas, porque la dinámica cotidiana coloca otras prioridades. El acceso a servicios de salud pasa a ser un recurso al que se acude a partir de una enfermedad, y no se lo ve como un espacio que puede y debe ser construido en función del aporte de la institución y de los usuarios.

Una característica de esta “red”, es que se encuentra personalizada en la figura de algunos de sus componentes, principalmente en el rol que desempeña el representante del Anexo de Salud Mental. El mismo reconoció que cada uno de los integrantes de la red cumple una función específica dentro de la misma, en función de sus habilidades, disposición y posibilidades de acceso a recursos. Retomando a Chadi (2006) es posible señalar que *“la base de sustentación” para que esta “conectividad organizada” sea una realidad, resulta de la ubicación de anteponer “las relaciones respecto de las personas”, como criterio que respalda los métodos a aplicar.”* (pp. 78)

En este sentido nos preguntamos: ¿qué podría ocurrir cuando el líder de la “red” no cumpla más con esa función?, ¿peligra su existencia?, ¿su presencia en la “red” condiciona la incorporación de nuevos actores?, ¿los profesionales que la componen inducen con su conducta un comportamiento a seguir en función de intereses particulares?

Se sostiene que las redes van y vienen y que su intención principal en éste caso, es ser promotora de ideas y acciones; sin embargo al estar estrechamente vinculadas a una o a un conjunto de personas, las mismas presentan dificultades para ser perdurables en el tiempo, ya que la iniciativa y la sostenibilidad de la misma está fuertemente acotada a el impulso de acciones personalizadas. En este sentido, se pierde la riqueza que posibilita el desarrollo de un trabajo en red.

Consideramos que la virtud principal del trabajo en red reside entre otras cosas, en la heterogeneidad de sus componentes, en las diferentes visiones sobre la realidad, los puntos de vista y comportamientos que entran en juego; sin embargo, se coloca un gran desafío que supone armonizar estas posiciones de manera de alcanzar puntos en común, que sean favorables a los intereses de todos, principalmente de la gente que habita el territorio. En el caso de la red de salud, la heterogeneidad no es tan significativa, ya que existe un criterio compartido que las agrupa en dicho espacio;

cuando los puntos de vista son divergentes y entran en conflicto, la red no tiene la capacidad de resolver los contratiempos dentro de su propio ámbito.

De las pesquisas llevadas a cabo, tanto a nivel de los profesionales de la salud mental, técnicos de las organizaciones civiles de la zona, como a nivel general de la población del barrio, observamos que prevalece una concepción tradicional de la salud mental, asociada a una dicotomía entendida en términos de salud-enfermedad, estrechamente vinculada a la psiquiatría y a la medicalización del usuario. Persiste la noción de que los servicios de salud mental están asociados a trastornos mentales únicamente, y se ignora que se desarrollan otro tipo de atenciones vinculadas a las estrategias de prevención y promoción; existe una gran confusión en relación a las dimensiones que componen la salud mental y las respuestas que se brindan en relación a la misma, están fuertemente parcializadas, encasilladas en categorías que no se las considera como parte constitutiva de una unidad. Por tanto, consideramos que la construcción conceptual de la salud mental, es un factor que transversaliza ambas dimensiones analizadas y constituye el principal obstáculo a sortear, si pensamos en desarrollar una estrategia de APS realmente fortalecida.

No se puede hablar de una atención integral ni de un fortalecimiento de la APS, si no se profundiza en aspectos que refieren por un lado, a cuestiones institucionales, de preparación, apoyo y coordinación interdisciplinaria; por otra parte, se debe seguir apostando al trabajo de la institución hacia afuera, a nivel territorial, en la llegada real sobre la población. Una vez dinamizados estos procesos, será posible comenzar a hablar sobre políticas de prevención y promoción de la salud mental desde una pluralidad de visiones, incorporando necesidades y expectativas de las personas, a través de procesos reales de participación. Pensar la salud desde su enclave territorial, implica una construcción de salud entre todos, potenciando los recursos que se poseen en función del diseño y la puesta en práctica de alternativas novedosas que mejoren la calidad de vida de todos.

## BIBLIOGRAFIA

- Borrell, C. y Pasarín, I (2004) “Desigualdad en salud y territorio urbano”. En: *Gaceta Sanitaria* Barcelona: versión impresa ISSN 0213-9111 v.18 n.1
- Canetti, A., et al (comp.) (1996) *Salud Mental en Atención Primaria de la Salud. Evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria a nivel poblacional*. Montevideo: Oficina del Libro.
- Celedón C. y Noé M. (2000) “Reformas en el sector salud y participación social”. En: *Revista OPS, Número Especial sobre Reformas*. pp. 13a19
- Chadi, M. (2000) *Redes sociales en el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Custo E., (2008) *Salud Mental y ciudadanía*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Dabas, E. (2003). *Redes sociales, familia y escuela*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Fernández Castrillo, B. (2007). *Complejidad Social y Salud Mental, avance de una investigación en curso, VI Jornada de Investigación Científica* Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República.
- Freidson, E. (1978) *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Alianza.
- Hevia, P., et.al (1993). *Participación Social en Salud*. Montevideo: Arca-Claeh.
- Menéndez, E. (1984) “Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico.” *En: Revista Paraguaya de Sociología*. N° 21 pp. 153 a 171.
- ..... (1990) *Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*. México: Ed. Alianza.
- Mitjavila, M. (1992) *Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización*. Cuadernos del Claeh N° 62. Páginas 37 a 45
- PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL (1986) *s/d Dr. Ezio Fransce Presidente Comisión Nacional de Salud Mental*. Montevideo.
- Restrepo, H. (2006) “Promoción de la salud mental: un marco para la formación y la acción” En: *Revista Ciencia y Salud*. Bogotá 4 Especial pp. 186-193.
- Salinas J, y Guerrero C, (1999) *Planificación Local Participativa Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe OPS/OMS*. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud N° 41, 220 págs.
- Sirvent, M. (1990) *Cultura popular y participación social: Una investigación en el barrio Mataderos*. Buenos Aires: España Editores
- Trigueros, I. (1991) *Manual de prácticas de Trabajo Social Comunitario en el movimiento ciudadano*. Madrid: España editores.
- Villasante, T., (1998) *Cuatro redes para mejor vivir. Del desarrollo local a las redes para mejor vivir*. Buenos Aires: Humanitas.



- Valadez Figueroa, I, et al. (2004) "Educación para la Salud: la importancia del concepto" En: *Revista de Educación y Desarrollo*. Tomo 1. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/edsal.pdf>/Páginas [43 a 48](#). [Acceso: 13 Julio 2010]