

Conversatorio de salud mental y personas en situación de calle

Realizado el 18 de octubre de 2024

Aspectos de
salud mental

Este conversatorio tiene la finalidad de problematizar sobre la temática de «Salud mental y personas en situación de calle», en el marco de la conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental 2024, teniendo en cuenta algunos de los instrumentos legales con que Uruguay cuenta, Ley N.º 19529 de Salud Mental y la ley de internación compulsiva. A esto se suma el contexto en el que se realiza el conversatorio: nuestro país se encuentra en campaña electoral para elegir presidente de la República para el período 2025-2030. La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay convocó a los colectivos presentes en este conversatorio, dada su preocupación por la temática, en el entendido además de que ya existe una Ley de Salud Mental que en su artículo 30 establece la internación involuntaria. ¿Por qué entonces es necesario crear otro instrumento legal de internación compulsiva? ¿Hubo fallas en el diseño de la Ley de Salud Mental o fallas en su implementación? ¿Recursos que no fueron asignados?, ¿de qué tipo? ¿Cuáles son los beneficios y las desventajas de la ley de internación compulsiva para las personas en situación de calle? A la hora de abordar a una persona en situación de calle, siguiendo los lineamientos de la ley de internación compulsiva, nos preguntamos si el profesional de la salud tiene toda la información necesaria para poder diagnosticar o si existen supuestos no explicitados. ¿Qué garantías tiene el profesional de no generar abusos? ¿Cómo impactará en la salud mental del personal técnico profesional que tendrá que trabajar en la calle, diagnosticar en la calle? Se busca reflexionar sobre estos aspectos y otros, desde una perspectiva de complejidad, integral, respetuosa de los derechos humanos y de la dignidad de las personas.

Carolina Moll. Buenas tardes a todos y a todas. Mi nombre es Carolina Moll, soy secretaria general de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Un gusto estar aquí en el Espacio Colabora, espacio que nos ha cedido la Intendencia de Montevideo, el cual resulta muy interesante y cómodo para realizar este tipo de reuniones, este tipo de conversatorios, este tipo de actividades. En nombre de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay les damos la bienvenida a todos y todas, a quienes están aquí presentes, a quienes están virtualmente y también a quienes nos acompañan en la mesa, que van a ser los actores fundamentales de este conversatorio sobre un tema que nos ocupa y nos preocupa a quienes estamos trabajando en el ámbito de la salud, en el ámbito social, en el ámbito educativo; que tiene que ver con la salud mental y la situación de calle. O sea, las personas que viven en situación de calle. Un tema que estuvo hace más o menos un mes y medio o dos meses en el tablero, porque fue un tema que se debatió también a nivel del Parlamento y que nosotros diremos también acá qué es lo que estamos pensando sobre esa ley. Ya lo dijimos en su momento, nos hemos pronunciado todos quienes estamos acá representados.

Hoy tenemos el gusto de estar haciendo este evento, que es una actividad interdisciplinaria, lo cual para nosotros es muy importante. Conjuntamente están representantes del Sindicato Médico del Uruguay, de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, de la Asociación de Licenciados en Enfermería, y la representante de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, quienes tuvieron un papel relevante. A todos y todas les agradecemos nuevamente su presencia. También está en la mesa quien

Participantes

Carolina Moll

Psicóloga, Universidad de la República (Udelar). Especialista en el área de Psicología del Trabajo. Secretaria general de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

<https://orcid.org/0009-0009-7727-1523>

Andrea Otero Rico

Lic. en Psicología, Udelar. Especialista en Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Secretaria de Organización e integrante de la Mesa Ejecutiva de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

Santiago Zorrilla de San Martín

Lic. y magister en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Udelar. Asistente efectivo, Departamento de Trabajo Social, FCS, Udelar.

<https://orcid.org/0000-0001-9794-9092>

Carla Palombo

Lic. en Trabajo Social. Maestranda en Salud Mental, Facultad de Enfermería, Udelar. Asistente interina, Facultad de Medicina, Udelar. Unidad Docente Asistencial de Cuidados Paliativos Hospital Maciel.

<https://orcid.org/0000-0003-3586-8208>

Clara del Rocío Niz Larrosa

Prof. Agda. de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Udelar.

<https://orcid.org/0000-0001-8785-5818>

María del Rosario Gularte Albornoz

Lic. en Enfermería, Udelar. Especialista en Salud Mental. Especialista en Políticas Informadas por Evidencias. Inte-

Participantes (cont.)

grante de la Comisión Salud Mental de la Asociación de Licenciados en Enfermería del Uruguay (Alenfur). <https://orcid.org/0009-0003-2541-3987>

Gonzalo Di Pascua

Lic. en Psicología. Director Centro de Salud Dr. Antonio Giordano RAP Metropolitana ASSE. Docente de Udelar.

<https://orcid.org/0009-0002-5852-1864>

Ana Inés Ruiz

Psiquiatra. Prof. Agda. de la Unidad Académica de Psiquiatría. Facultad de Medicina, Udelar.

<https://orcid.org/0009-0008-7709-4582>

va a representar a la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, el compañero, el colega Gonzalo Di Pascua, que integra la Comisión de Salud Mental de nuestro gremio. También le agradecemos la presencia.

Este es el primero de una serie de conversatorios que vamos a tener, interdisciplinarios, sobre diferentes temas. Nos parece fundamental el aunar esfuerzos en este tipo de actividades para poder visibilizar lo que a veces se quiere no visibilizar, lo que a veces se quiere invisibilizar, y que es necesario que esté en la agenda pública de hoy y de todos los días.

Sean bienvenidos, bienvenidas. Muchas gracias a todos y todas por aceptar estar acá con nosotros.

Andrea Otero. Mi nombre es Andrea Otero. Soy especialista en Psicología del Trabajo y sus Organizaciones, diplomada en Género y Políticas Públicas e integrante de la Mesa Ejecutiva de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

Quisiera agradecer a todas las personas participantes y marcar la importancia de este evento, ya que es un hito poder realizar esta actividad interdisciplinaria desde las asociaciones gremiales participantes. A su vez, y como aspecto central, remarcar la importancia del tema convocante: «Salud mental y personas en situación de calle».

El encuadre de trabajo será el siguiente: cada uno de los expositores, en representación de su asociación, problematizará la situación en un tiempo acotado, para posteriormente abrir un espacio de preguntas y reflexiones por parte del público participante.

Es importante precisar que la actividad será grabada con el fin de elaborar un documento que será entregado al próximo presidente de la República y darle una amplia difusión que contribuya a generar políticas públicas integrales, interdisciplinarias, respetuosas de los derechos humanos de las personas, eficaces y eficientes, entre otros aspectos.

En primer lugar, expondrán en representación de la Asociación de Asistentes Sociales del

Uruguay (Adasu) los licenciados en Trabajo Social Carla Palombo y Santiago Zorrilla.

En representación del Sindicato Médico de Uruguay (SMU), la Dra. Clara Niz.

Por la Asociación de Licenciados en Enfermería del Uruguay (Alenfur) harán la presentación la Prof. Lic. Margarita Garay y la Lic. Rosario Gularte.

Por la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), el Lic. Gonzalo Di Pascua.

Por la Sociedad Psiquiatría del Uruguay (SPU), la Dra. Ana Inés Ruiz.

Santiago Zorrilla. Antes que nada, quiero agradecer a la Coordinadora de Psicólogos por esta iniciativa que creemos que es muy interesante y necesaria, y que nos invita a conversar sobre este tema que hoy en día es tan relevante para la sociedad uruguaya.

El tema de la salud mental en la calle nos ha estallado —por decirlo de alguna forma— en la cara a todas y a todos. Este no es un problema solo de la sociedad uruguaya, sino que trasciende los países. Es algo que, en los últimos tiempos, si bien se vienen ensayando distintas iniciativas, alternativas y respuestas, parece que siempre termina desbordándonos. Lo tenemos a la vista, y hoy es muy difícil caminar por Montevideo y no encontrarnos con personas que están utilizando el espacio público para habitar, para pasar el día, conseguir recursos y dormir. Es un tema que nos interpela; interpela al Uruguay integrado, con una historia de una sociedad constituida, un tanto en la realidad y un tanto en el imaginario, como de clase media, una sociedad de iguales.

Queremos plantear algunos temas sobre cómo se han presentado, a veces mediáticamente, sobre todo en el marco de la ley de internación compulsiva, algunas lecturas sobre el fenómeno que tal vez ameriten un poco más de reflexión. El fenómeno es mucho más grande de lo que tenemos a simple vista. Por ejemplo, tenemos cifras oficiales, es decir, del último relevamiento, que fue el hecho el año pasado. El primero de agosto del 2023, tenemos más o menos 2700 personas en situación de calle. Aproximadamente la

mitad durmiendo en los refugios nocturnos y la mitad, a la intemperie. Sin embargo, si uno mira cuántas personas utilizaron los refugios al menos una noche en el año 2023, esa cifra sube a 11.256 personas. Un número bastante más grande que los contabilizados en una sola noche del 2023.

Esto lo que nos indica es que la situación de calle es mucho más que lo que estamos viendo con una persona durmiendo un día en la calle o en un refugio. Las personas que llamamos personas en situación de calle, la gran mayoría, si bien algunos están más años habitando en la calle, es gente que circula. Que circula por los refugios, que circula por la calle, que circula ocupando una vivienda, que pasa por un asentamiento, que se va a vivir a la casa de sus familiares y vuelve al refugio, pasa por la cárcel, pasa por el hospital psiquiátrico.

No solo eso, sino que circulan, no solo por la calle, sino también por instituciones, por servicios del Estado que son responsables de cuidar. Incluso la cárcel. Las cifras que tanto han traído las autoridades muestran que la mitad de estas personas han estado en la cárcel. Sabemos que un 15 % han estado internados por amparo en INAU y que un 20 % han estado internados en hospitales psiquiátricos. Pero esto también lo que nos está diciendo, más allá de los problemas que puedan estar vinculados a la salud mental, a la delincuencia, a la adicción, que se nombran tanto, es que son personas que pasan por instituciones del Estado, que dicen que están para cuidar, para curar, para sanar, para rehabilitar y, sin embargo, pareciera que no están ayudando en ese sentido.

Esto deberíamos poder colocarlo arriba de la mesa: la situación de calle y la salud mental, en esta relación que se marca a veces como que estos son locos que quieren vivir en la calle, o que son los que no quieren ir al refugio. Esa lectura que se hace, a veces rápida, deberíamos de matizarla y ver en estos recorridos institucionales las violencias a las que son expuestas sistemáticamente las personas que están en la calle: la violencia

social, la violencia institucional, la represión, la propia ley de internación compulsiva, la propia ley de faltas son respuestas públicas que los someten a una serie de violencias con las que tienen que lidiar. Como no tener un baño, ya que casi no hay baños públicos en Montevideo.

Pensemos esto. Es muy difícil que la salud mental de las personas que están expuestas a situaciones sistemáticas de violencia no se vea afectada. Pero no necesariamente podemos decir que porque tiene afectada su salud mental es que terminó en situación de calle. Esa lectura directa no conviene. Hay que tener mucho cuidado con lo que se hace, sobre todo desde las autoridades; hay que pedir responsabilidad en esos manejos. Porque de alguna forma colaboran en colocar como personas extrañas a quienes están en la calle, personas raras, con comportamientos anormales que pueden alimentar incluso no solo conductas de rechazo sino de odio hacia ellas. Como se ha visto, estos recorridos institucionales que están para cuidar, de alguna manera, participaron en lo que los expuso a la situación de calle.

Un 10 % son personas que hay estado internadas por amparo en INAU —estos son los números de las autoridades del último relevamiento—. Pero también hay un 15 % que han estado en INAU por conflicto con la ley. Fueron cuidados por el Estado siendo niños, niñas o adolescentes, y terminaron en situación de calle. La mitad transitó, en algún momento, por el sistema penal, y cuando salen del sistema penal terminan en situación de calle.

Les traigo estas cifras porque las han manejado las propias autoridades de gobierno. Se ha insistido con esto, incluso para justificar, por ejemplo, la necesidad de una ley de internación compulsiva. Sin embargo, en el mismo relevamiento que aplicó el Mides, cuando le preguntaron a la gente por qué razón estaba en situación de calle, el 2,3 % dijo que estaba en situación de calle porque había tenido algún problema de salud mental. O sea que se dice que estaría en situación de calle por

problemas de salud mental, pero cuando se le pregunta a la gente por qué está en situación de calle no aparece eso como una razón. Y ocurre lo mismo cuando preguntamos si está en situación de calle por haber estado dentro del sistema penal: el 3,6 % lo indica como una causa. O sea, ¿quién le está poniendo esas razones a la situación de calle? Porque cuando se les pregunta no lo identifican como causas significativas, sino que identifican otras razones. Hay pérdidas de vínculos, conflictos familiares, hay otra serie de situaciones que son las que priman mucho más que la salud mental o haber estado en prisión. Y si bien son fenómenos que se presentan en conjunto con la situación de calle, hay que tener cuidado con establecer relaciones causales que lejos están de estar demostradas.

Carla Palombo. Complementando los aportes de Santiago [Zorrilla], otros puntos que nos interesa problematizar en esta mesa es en qué marco se da esta discusión que hoy está sobre el tapete sobre el problema de las personas en situación de calle. Y cómo se articula esta discusión en el marco de la Ley de Salud Mental que está vigente desde el año 2017, un Plan Nacional de Salud Mental que fue elaborado intersectorialmente, que está vigente y que tiene previsto el abordaje de estas situaciones, por ejemplo, de la situación de consumo problemático de sustancias, de los problemas de padecimiento de sufrimiento mental.

Quiero hacer alguna puntualización. Voy a tratar de ser bien breve para traer lo que nos aporta el espíritu de la ley y cómo hacerlo dialogar en este contexto.

El propósito de la ley es garantizar el derecho a la salud mental, promoviendo un cambio de modelo asistencial con enfoque comunitario, interdisciplinario e intersectorial, promoviendo iniciativas para la desinstitucionalización. Y para ello propone dispositivos para sustituir definitivamente a las instituciones monovalentes por dispositivos alternativos y comunitarios acordes a los perfiles y a las trayectorias de las poblaciones que son vulneradas. Espe-

cíficamente, el consumo problemático de sustancias en la ley (artículo 5) es definido como un fenómeno multidimensional. Ahí aparece una contradicción que rompe los ojos cuando hablamos de estas medidas que parecen tan reduccionistas y tan simplistas de un problema que tiene causas muy profundas. Luego, respecto a lo que son las hospitalizaciones involuntarias, la ley lo trata en el artículo 24, y hay un punto que es para mí crucial donde dice que en ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda y establece que son recursos terapéuticos de carácter restringido, que deberán llevarse a cabo solo cuando aporten mayores beneficios que el resto de las intervenciones, teniendo en cuenta el entorno familiar, comunitario y social de la persona. Por tanto, deberá ser lo más breve posible.

Traemos estos puntos como disparadores para la discusión y evidenciar las contradicciones que emergen.

Para finalizar, respetando el tiempo de los demás compañeros, queremos traer algunas preocupaciones de la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, Nosotros entendemos que esta ley de «internación compulsiva», y la ley de faltas, que también mencionaba Santiago [Zorrilla], desestiman de plano el espíritu de la Ley de Salud Mental que está vigente, reforzando miradas estigmatizantes y reduccionistas respecto al fenómeno. Queremos expresar nuestra más profunda preocupación sobre los alcances de este tipo de medidas que menoscaban los derechos y la dignidad humana. En este sentido, nos interesa particularmente convocar a la reflexión sobre los riesgos que traen aparejados estas conclusiones, estas explicaciones tan simplistas que alimentan la responsabilización, victimización y patologización de las personas. Dejamos algunas cuestiones picando para después retomarlas en la discusión.

Muchas gracias.

Andrea Otero. Ahora le vamos a dar paso a la doctora Clara Niz, representante del Sindicato Médico de Uruguay.

Adelante, Clara.

Clara Niz. Buenas tardes a todas y a todos.

Para el Sindicato Médico del Uruguay es muy importante estar participando de esta actividad, una oportunidad para generar una actitud crítica, reflexiva, que tiene que ver con la salud de las personas, promoviendo el involucramiento de profesionales, de la población, de la sociedad civil organizada; por lo tanto, consideramos muy valiosa esta iniciativa. Dentro de lo que nos compete como sindicato, nuestros cometidos, nuestros principios rectores son trabajar en pos de optimizar la salud de la población y lograr las mejores condiciones de trabajo médico. Lo remarco porque son dos aspectos estrechamente relacionados, dependientes entre sí. Menciono en primer término la salud de la población, porque es nuestra razón de ser.

Dicho esto, quiero compartir con ustedes algunas inquietudes. Y voy a redundar, porque todos vemos muchas veces las mismas cosas. No voy a hablar inicialmente de la situación de calle, voy a hablar de la situación de la salud y de la salud mental. Hemos visto mucha dificultad en el acceso. Nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud está basado en la estrategia de atención primaria, según establece la Ley 18211. Ha definido priorizar el primer nivel de atención, la participación comunitaria, la promoción de salud y la prevención. El Sindicato Médico del Uruguay ha identificado en forma constante que estos aspectos no se han desarrollado con el consiguiente impacto en la salud de la población. Valoramos muy positivamente la implementación del Sistema de Salud; no obstante, sabemos que en el cambio de modelo ha sido débil, irregular, incipiente e incluso ha sufrido retrocesos. Este es el marco donde se da el poco acceso, las largas listas de espera para la atención en general y particularmente para la atención en salud mental, en todos los grupos etarios. En niños, niñas y adolescentes la dificultad

en el acceso a la atención oportuna toma otra dimensión: se asocia a las oportunidades perdidas y es extremadamente preocupante. Esto también se repite en las poblaciones más vulneradas. Otro de los grandes pendientes es la implementación de la Ley de Salud Mental, el retraso en la implementación que tiende a garantizar los derechos, que tiende a despatologizar y que increíblemente después de tantos años de aprobada sigue vigente el modelo de las instituciones monovalentes. Estos grandes problemas identificados afectan a toda la población; si nos referimos particularmente a la situación de la población que vive en la calle, solo esa condición vulnera la salud considerada en un sentido amplio. Muchas veces se tiende a reducir su situación de salud a problemas de salud mental, adicciones, delincuencia. Y esas personas, por tener esos problemas, no están inmunizadas frente a los problemas de salud que tiene la población general; muy por el contrario, los complejiza. Son personas que tienen esos problemas más los problemas que tiene la población general, sumado a que tienen más dificultades para resolverlos y a que esta situación los empeora gravemente. Ver con esa mirada simplista de que son personas que estuvieron en la cárcel, o que tienen problemas de salud mental, o que tienen adicciones, o que no trabajan es como no mirar; es una mirada muy miope del problema. Quería remarcar esto, porque muchas veces se piensa en medidas reduccionistas, como decíamos hoy.

Pensar que este problema tan complejo se va a resolver con la internación compulsiva, no solo no contribuye a resolver el problema de esas personas, sino que conspira en detrimento de las respuestas que sí debe dar el sistema de salud. Las puertas de urgencia y emergencia, adonde son referidas estas personas, no están preparadas para dar la atención que necesitan, sino que, muy por el contrario, son lugares donde lo que se logra es que no se las visibilice como sujetos de derecho. Con esta estrategia estaremos muy lejos y cada vez más de lograr dar respuestas oportunas. Quería destacar que tenemos que abogar por

un primer nivel de atención fortalecido, con aportes y miradas interdisciplinarias, intersectoriales; que podamos trabajar en red; que estén los recursos para eso, los recursos formados específicamente; que puedan tener la posibilidad de ver a esas personas también en forma integral. Es prioritario que los equipos en territorio cuenten con tiempo protegido para trabajar en red. Y eso cuesta, cuesta mucho. Se necesita presencia, encuentro y disposición. Muchas veces desde la gestión se habla del trabajo en red como un eslogan, sin conocimiento real de lo que implica y eso se traduce luego en ineficiencia. El trabajo en red debe ser construido y sostenido; no surge por la mera coexistencia de todos los actores. Requiere tiempo, conocimiento, mucho compromiso y posibilidad real de intercambio e interacción; esto debe ser facilitado y garantizado por parte de las instituciones.

Sigamos intercambiando. Muchas gracias.

Andrea Otero. Muchas gracias, Clara.

A continuación, va a presentar la licenciada Rosario Gularte, representante de la Asociación de Licenciados de Enfermería.

Rosario Gularte. Buenas noches a todos y a todas.

En primer lugar, nosotros queremos agradecer la invitación a compartir este espacio de diálogo y de encuentro, y de pensar juntos cómo desde las distintas miradas disciplinarias podemos enriquecernos y encontrar las mejores alternativas o formas de abordaje integral del problema. Como dijeron los compañeros que me precedieron, la situación de las personas en situación de calle es sumamente compleja. Necesita un abordaje interdisciplinario, integrador y no reduccionista como se ha pretendido, por ejemplo, con esto de la ley de internación compulsiva, que no hace más que aumentar el estigma hacia las personas en situación de calle. Yo diría que más de 50 % de nuestra población trata de invisibilizar a esas personas. No les interesa lo que les pasa, los consideran de alguna manera culpables, responsables de lo que les está pasando; algu-

nos hasta dicen que son vagos, aparte de todo lo otro que tiene que ver con haber estado en la cárcel, el consumo, todas esas situaciones que muchos ignoran de una manera perversa. Porque somos una sociedad y ellos son parte de la sociedad; por lo tanto, tiene que haber una mirada solidaria, pero también una mirada integradora, de inclusión y no de exclusión y marginación como se ve a lo largo de la ciudad. Esto ha aumentado mucho en los últimos años: en todos los barrios tenemos personas en situación de calle. Es una interpelación a nosotros como universitarios, que tenemos y debemos mantener un compromiso con la población, y porque además la salud no es un problema solo individual, sino que es un problema colectivo, de la población.

El tema del cuidado de enfermería se hace muy necesario, sobre todo de las licenciadas y enfermeros que están trabajando en el área poblacional, a nivel de municipios o en los barrios, en enfermería comunitaria. Todos sabemos que somos personas que necesitamos del cuidado, del cuidado de otros. Hemos sido cuidados y vamos a cuidar a otros a lo largo de toda nuestra vida, ya sea laboral o humana. De manera que este es un tema que nos interpela a todos, que nos obliga a pensar en soluciones y en aportar desde la disciplina qué cuidados queremos brindar. Hago un poco mía la reflexión de las compañeras que están trabajando en un proyecto de Enfermería 2030, en el cual se registra un mapa que contiene distintos aspectos del cuidado, como ser un cuidado que sea accesible, humanizado, que sea holístico, que tenga respeto por el otro, y no una imposición; que sea un cuidado realmente humanizado, con ética, entre muchos otros aspectos que hacen a un cuidado integral. Y que ese cuidado de enfermería, en el caso que me compete, sea de acceso universal, que las personas puedan acceder y no estar excluidas de los servicios de salud. Creo que ese es un aspecto importante a tener en cuenta.

Otro aspecto que nos interesaba destacar es que compartimos mucho de lo que han vertido los distintos compañeros que me precedieron. Creemos que es necesario trabajar en forma

interdisciplinaria para lograr un abordaje integral de esta problemática, que no es una problemática ajena a nosotros, porque son parte de la sociedad en la cual estamos inmersos.

Agradezco la oportunidad, y realmente quisiera que de aquí surjan estrategias de trabajo conjunto, que nos permitan poder mitigar este problema que tenemos con las personas en situación de calle, que son personas con derechos, y que no tienen que estar excluidas de los distintos servicios.

Gracias.

Andrea Otero. A continuación, damos paso al licenciado Gonzalo Di Pascua, representante de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

Gonzalo Di Pascua. Buenas tardes a todos y todas, tanto en la virtualidad como aquí en la presencialidad.

Quiero agradecer en primer lugar a la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay por esta oportunidad de conversar sobre salud mental en personas en situación de calle.

Me siento extremadamente cómodo integrando esta mesa. Tuvimos una instancia previa para conocernos, y hasta con algunos invitados ya hay una amistad. Así que es una mesa muy familiar, muy particular, donde estamos justamente conversando sobre este tema. Me consta que todos y todas están justamente por mejorar la salud mental de las personas, desde las distintas organizaciones a las que estamos representando.

Agradezco a la Mesa Ejecutiva la posibilidad de representar a la Coordinadora y a la Comisión de Salud Mental.

Me parece que es bien importante lo que se dijo, cómo estamos redundando en algunas cuestiones. Quiere decir que coincidimos, y que en esta coincidencia justamente es donde reforcemos quizás esta defensa de los derechos humanos de las personas en general, y de las personas en situación de calle en particular, que es lo que estamos discutiendo hoy, o hemos estado conversando hoy. También quiero decir que quienes están aquí, tanto presencialmente como en la virtualidad, participando en este

conversatorio sin duda de alguna manera pueden convertirse en agentes de cambio, o de instituciones o comunidades, al respecto de esta temática. Que esa es la intención también de este conversatorio.

En esta línea, y un poco pensando en estas cuestiones que uno va recogiendo quizás de la experiencia, o de intercambiar con personas que están en el ámbito trabajando, o con experiencias personales, se nos ocurre empezar con esto de «No quiero ir», una frase que hemos escuchado muchas veces de las personas que están en situación de calle. «No querer ir». Cuando me refiero a *no querer ir* es no querer ir a algún dispositivo, como un refugio. La persona en situación de calle, sin duda, está, por alguna razón, en situación de vulnerabilidad. Y además hay mucha vulneración de derechos. Y con esta ley de internación compulsiva, de asistencia obligatoria, como parece que suena más linda así, hay una directa vulneración de derechos, por distintas razones que vamos a seguir viendo. Se pasa a un escenario de vulnerabilidad, donde se supone que el Estado debería mejorar esas condiciones, a una situación de directa vulneración de derechos. Una realidad en la cual, sin posibilidades, igual hay que sobrevivir. Como decía Santiago [Zorrilla], cuántas de estas personas tienen algún problema de salud mental, cuántas no, cuántas dependen de algún sistema. Sin posibilidades, hay que sobrevivir. Si hay vulneración de derechos, yo estoy en calle, tengo que sobrevivir. Y la afectación de la salud mental, si es que podemos discutir la afectación de la salud mental, de alguna manera tengo que sobrevivir. ¿Es eso o qué otra posibilidad puede haber en relación con la salud mental? Entonces, sin posibilidades, hay que sobrevivir. De alguna manera «tengo que sobrevivir en la misma situación de calle». Esta es una frase un poco romántica: «Techo de cartón mejor que de planchada y colchones de concreto mejor que de pluma». Tiene que ver con el «No quiero ir», ¿no? Cuántas veces hemos visto que eligen el techo de cartón de una caja, donde también ahí se genera un hábitat, una vivienda, en una situación de

extrema vulnerabilidad. Y el colchón es el piso. No hay otra alternativa. Y ahí no voy a problematizar esta cuestión de la elección: pero en esto de sin posibilidades hay que sobrevivir, estas son posibilidades de sobrevivencia. Eso como para empezar planteándolo.

En cuanto a la perspectiva de derecho, Carla [Palombo] hablaba de la Ley 19529. Es algo a celebrar que nadie hablara de la *nueva ley de salud mental*. Porque si seguimos manteniéndonos en el ámbito de que es una nueva ley, nunca transitamos realmente que tenemos una ley vigente que es la Ley 19529, y que es una ley basada en los derechos humanos. Que realmente cuida en su espíritu y en su redacción los derechos humanos de las personas. Celebro esto de no hablar de nuevas leyes, y de hablar de la Ley 19529 de Salud Mental como un nuevo paradigma. En contraposición, tenemos la Ley 20279, que es la ley de asistencia obligatoria, que, de una manera u otra, de muchas maneras, no vela por los derechos humanos de las personas, y hay una contraposición clara con la Ley de Salud Mental. Incluso existe el peligro de que no haya indicación de una asistencia, ni obligatoria ni de ningún tipo. Hasta con el riesgo de buscar solucionar problemas que no tienen otra solución más que en el ámbito de lo social o sociales, vivienda, alimentación, etc.

Espero que no hayan tenido la oportunidad, no sé si han tenido la fea experiencia de ver un proceso de asistencia obligatoria en calle. Es realmente angustiante. Es penoso. Muchos policías para subir a una persona a la camioneta para llevarlo a algún lado, quién sabe adónde, y asistirlo. Nosotros como coordinadoras y coordinadores nos preocupamos mucho, porque justamente esto es una mesa de salud, salud en el sentido más integral de la palabra, en lo sanitario, en lo social. Esto del primer nivel de atención como un pilar dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud también lo hablaba hoy Clara [Niz], del Sindicato Médico: así está planteado en la Ley de Salud Mental. Justamente es empezar a través del primer nivel de atención; la estrategia de atención primaria en salud (APS)

nos permite empezar a conseguir la salud en un sentido integral. Ya lo dice la OMS: *No hay salud sin salud mental*. Empezar a integrar la salud mental como parte del proceso de salud en sentido integral. También se habló hoy y nosotros lo resaltamos y lo recalcamos: es mejorar el acceso al ámbito sanitario en prestaciones de salud mental. Creemos que esto va en dos líneas. Mejorar los dispositivos y el acceso en lo sanitario en la salud mental es fundamental; no solo tiene que ver con más recursos, sino también con la creatividad del dispositivo de atención en salud mental. No solamente más recursos en áreas específicas, sino también con la capacidad de replicar experiencias que hay de dispositivos de atención en salud mental. Y resolver problemas sociales que hacen a la salud. Eso también va atado a lo que hablamos hace un ratito, cómo los determinantes sociales tienen un impacto directo en la salud. Más estigma, algo de lo que venimos hablando. La ley de asistencia obligatoria estigmatiza a quien está en calle y en la calle. No solamente a quien está en situación de calle, sino también a aquellos que están en algún trabajo precario en la calle y no tienen por qué estar en situación de calle. Eso también creo que es importante. No obstante, no quita vulnerabilidades y vulneraciones, obviamente, pero también hay que poder diferenciar, para que las intervenciones no sean todas iguales. Y además no reforzar el estigma, que, además de esto que digo, presupone enfermedad mental, que ahora creo que esto se contrasta perfectamente con los números, con lo que venimos diciendo. Calle no es igual a delincuencia ni a consumo problemático. Y genera una brecha entre las personas que habitan una comunidad, en lugar de un acercamiento que resguarde y reasegure. Hoy que estamos privilegiando el rol de las comunidades como estructuras protectoras en salud y en muchos temas que tienen que ver con las personas, con la salud, con la vivienda, etc., esta ley de asistencia obligatoria me parece que lo que hace es aumentar esa brecha y no permite que las comunidades resguarden, que reaseguren

y también de alguna manera velen por los derechos y la no violación de derechos de las personas, que vivimos todas y todos en las comunidades.

Como cierre, como pregunta de reflexión final, ¿qué pasa con las estructuras asilares? La asistencia obligatoria lleva a las personas a ir a las estructuras monovalentes y asilares que van contra los principios de la Ley 19529. En esto de la asistencia obligatoria, adónde irían las personas que son obligadamente invitadas a subir a algún móvil. Y también en algún punto hasta valida las estructuras monovalentes y asilares. ¿A qué me refiero con esto? Y sabemos que posiblemente muchas de estas personas sean llevadas a las estructuras monovalentes y asilares, lo que hace que se sigan llenando estas estructuras de personas sin la planificación de un tratamiento y un «volver», entre comillas, a una vida en comunidad y sociedad. Y valida las estructuras monovalentes y asilares cuyo cierre está estipulado para el 2025.

Y con esto cierro. Muchas gracias, muchas gracias a todos.

Andrea Otero. Gracias, Gonzalo.

La última exposición que vamos a tener es de la doctora Ana Inés Ruiz, representante de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Ana Inés Ruiz. Buenas tardes. En nombre de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay agradecemos la invitación. Es muy interesante lograr tener todas estas instancias de diálogo entre las disciplinas que conformamos el terreno de la salud mental.

En el contexto mundial actual, hay aumento franco de la prevalencia de los problemas de salud mental. Venían incrementándose en prepandemia, pero en este escenario pospandémico la bibliografía denota que los problemas vinculados sobre todo a la ansiedad, a la depresión y al consumo de sustancias han aumentado en forma significativa. Un estudio realizado en 204 regiones del mundo señala un aumento entre el 25 % y el 26 % de ansiedad y de depresión, respectivamente. Y el Uruguay

no está ajeno a esta situación. No tenemos estadísticas propias en relación con la prevalencia de determinados trastornos mentales en la población general de adultos, pero la práctica clínica así lo demuestra. Realmente sabemos que en el sistema de salud, público y privado, hay un desborde significativo en cuanto a la asistencia en salud mental, desde el lado de la psicología, de la psiquiatría y por supuesto también de todo el trabajo que hacen los licenciados en Trabajo Social y la enfermería especializada en salud mental. En relación con el tema concreto de esta mesa, vinculado a las personas en situación de calle, es importante leer el documento del Mides mencionado anteriormente por los compañeros. En este documento se establece que fueron registradas un total de 2756 personas en situación de calle durante la madrugada del 1 de agosto de 2023. De ellas, 1375 fueron contabilizadas a la intemperie, mientras que 1381 se encontraban en centros nocturnos y de contingencia del programa Calle del Mides.

Respecto a 2021, se presenta un incremento del 24,0 % en el total de personas en situación de calle. Si se considera por subcategoría, el incremento es mayor en intemperie respecto a lo que se presenta en centros de acogida nocturnos (49,5 % y 6,6 %, respectivamente). Asimismo, entre los motivos que las personas declaran como desencadenantes de la situación de calle, la ruptura de vínculos fue la opción más mencionada y luego las adicciones y la insuficiencia de ingresos.

En la bibliografía internacional, aun en estudios realizados en países desarrollados, las causas encontradas para esta problemática son la falta o dificultad de acceso a la vivienda, los conflictos familiares y el desempleo. El consumo de sustancias y los trastornos mentales graves también son significativos en esta población. Así que es, sin lugar a dudas, un tema complejo que requiere la mirada multidisciplinar. Por ende, en relación con la ley de hospitalización involuntaria a personas en situación de calle que tengan su capacidad de juicio afectada por problemas psiquiátricos o de consumo de sustancias psicoactivas, la

Sociedad de Psiquiatría de Uruguay emitió un comunicado claro al respecto, denotando una enorme preocupación y convicción de que eso no soluciona el problema. Y, de hecho, en la realidad, lo que hemos constatado, por ejemplo, con los colegas psiquiatras o residentes de psiquiatría que hacen guardias en los hospitales generales y en el hospital Vilardebó es que las personas que fueron llevadas a las puertas de emergencia a través de esta ley constituyen un número reducido del total de personas en situación de calle.

La realidad de todos los días, independientemente de esta ley, es que, en el ámbito público, en las emergencias asistimos a personas en situación de calle y lo que sucede es que se genera un círculo de enorme frustración y de enorme deficiencia en la calidad de atención que brindamos, tanto desde salud mental como la asistencia dada por los médicos en general. Son personas que consultan en un hospital, luego en otro, en reiteradas oportunidades; a veces pueden llegar a estar un día, dos, tres internados en las emergencias, porque requieren de tratamientos por otras patologías no psiquiátricas, y que son derivados a psiquiatra cuando presentan un problema o un trastorno vinculado a la salud mental. Si tienen un criterio de internación psiquiátrica que esté dentro de lo contemplado por la Ley 19529 de Salud Mental indicamos el ingreso psiquiátrico. Pero no lo hacemos solo por un criterio de vulnerabilidad social. Como bien se dijo anteriormente, la ley claramente establece que bajo ninguna razón social vamos a internar a alguien en un hospital psiquiátrico. Entonces, esta ley de hospitalización compulsiva no nos aporta en relación con la consideración de la internación involuntaria que ya está determinada en la Ley 19529 de Salud Mental, que es clara en los artículos que refieren a los criterios de internación involuntaria, a cómo es el proceso administrativo de aviso a la Comisión de Contralor que funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, y a la necesaria firma de dos médicos, siendo al menos uno de ellos un psiquiatra. Lo social no tiene que ser el motivo

de por qué vamos a hacer ese procedimiento. Por último, resaltamos que es a partir de la Ley 19529 de Salud Mental que tenemos que seguir construyendo y pensando, más allá de la hospitalización involuntaria, en lo que es la instrumentación del plan de salud mental y cómo llevar a la realidad lo que se plantea en la teoría. Es necesario pensar en políticas públicas que trasciendan los distintos gobiernos y que pongan realmente la salud mental en el foco de la atención; el acuerdo entre las disciplinas es clave para avanzar y no quedar hablando eternamente.

En relación con lo que decía la Prof. Agda. Clara Niz, para nosotros, los psiquiatras de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, es imperioso que se pueda entender y aceptar por los gestores de políticas públicas en salud, y por los prestadores de salud, tanto privados como públicos, que el tiempo destinado a las consultas de psicología, de psiquiatría, de los licenciados en Trabajo Social, con los pacientes y con los familiares es un ítem fundamental para el desarrollo de una buena calidad de atención. Los aspectos asistenciales como el tiempo destinado a la consulta individual o familiar, el tiempo de coordinación con otras disciplinas, el tiempo de articular desde el sistema sanitario con Mides, con las intendencias, con clubes sociales, deportivos, etc., demandan un cambio sustancial con relación a cómo ejercemos nuestra profesión hoy en día. Todo esto significa revalorizar el tiempo y el recurso humano y es difícil convencer a quienes dirigen los prestadores de salud de su valor como forma de mejorar la calidad de asistencia y de prevenir gastos a mediano y largo plazo.