



# JUNTA DEPARTAMENTAL DE RÍO NEGRO



## ACTA 3

PRESIDE LA SEÑORA EDILA

MARÍA MARTÍNEZ  
*Presidenta*

**Sesión extraordinaria de fecha 31 de julio de 2025**

### ACTA 3

En la ciudad de Fray Bentos, el día 31 de julio del año 2025, siendo la hora 20:00, celebra reunión extraordinaria la Junta Departamental de Río Negro.

#### TEXTO DE LA CITACIÓN:

«La Junta Departamental de Río Negro se reúne el día **jueves 31 de julio de 2025**, a la **hora 20:00**, en sesión extraordinaria, a efectos de considerar el siguiente:

#### ORDEN DEL DÍA

- Recibir al Director Departamental de Salud, doctor Gerardo Valiero y a la Asistente Académica de Cenur litoral norte de Udelar, licenciada en psicología Silvia Suhr, a fin de intercambiar sobre el Plan Departamental de Salud Mental y su implementación.

(Convocatoria aprobada en sesión de fecha 25 de julio de 2025)

Fray Bentos, 30 de julio de 2025

LA SECRETARIA»

#### ASISTENCIA

**Asisten:** los siguientes señores Ediles:

TITULARES: Carlos Nobelasco, Helena Ibareguren, Alfredo Gorla, Sergio Milesi, Milton Cardozo, Milton Lambatov, Huben Martínez, Raúl Bodeant, Nury Giménez, Viviana Cáceres, Mariana Mascareña, Nancy Paraduja, Fabricio Tiscornia, Rony Bevegni, Matías Rodríguez, César Martínez, Marcelo Casaretto, Margarita Long, Matías Amorín, Ángel Pavloff, Lila Tiscornia, Cristian Rosas y Juan Serres.

SUPLENTES: Magela Timote (c), Rodolfo Merello (c), Cyntia Martínez (c), Paulo Arizaga (c) y Gabriel Beloqui (c).

Durante el transcurso de la sesión ingresa a Sala el señor Edil suplente Enzo Melogno (21:00) (i).

**Faltan:** CON LICENCIA: María Jossé Rodríguez.

CON AVISO: José Fragello, Guillermo Techera, Karina Sánchez, Jorge Burgos, Samuel Bradford y Ramiro García.

SIN AVISO: Juan Sardella.

**Invitados:** Director Departamental de Salud, doctor Gerardo Valiero, y Asistente Académica de Cenur litoral norte de Udelar, licenciada en psicología Silvia Suhr.

**Secretaría:** Laura Vittori (Secretaria) y Lorena Demov (Administrativa- Taquígrafa I).

**Taquígrafas:** Marcia Matera, Tania Massey, Lucía Pereyra, Natalia Ríos y Karina Georgeff.

SRA. PRESIDENTA. Buenas noches a todas y todos los señores Ediles y público en la barra.

Como habíamos acordado en la sesión pasada invitamos al Director Departamental de Salud, doctor Gerardo Valiero y lo acompaña la licenciada Silvia Suhr para tratar el tema relacionado con el Plan de Acción Departamental de Salud Mental de Río Negro.

Los escuchamos.

Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Primero que nada, muchas gracias. Buenas noches a las señoras y los señores Ediles, a los funcionarios de la Junta Departamental, a la Diputada Mercedes Long y a quienes nos acompañan.

La idea de hoy es contarles cómo surgió todo esto.

Hace unos días –más o menos una semana– tuvimos una entrevista con el Ejecutivo Departamental, con el señor Intendente Levratto, para plantearle en qué consiste el Plan Departamental de Salud Mental de Río Negro y como consideramos –es así– que el Gobierno Departamental en realidad son el Ejecutivo y la otra pata fundamental el Legislativo, la Junta Departamental, hace unos días nos comunicamos con la señora Presidenta para plantearle la posibilidad de venir a la Junta. Nosotros habíamos pensado a alguna comisión o a donde la Junta decidiera y coincidió con que creo que ese viernes de sesión el señor Edil Milesi planteó el tema y el señor Edil Serres mocionó realizar una extraordinaria. Con mucho gusto aceptamos porque más que exponer algo la idea es compartir lo que es una preocupación de todos.

Está claro que tenemos problemas de salud, a nivel país y el departamento no escapa a eso, y particularmente en el tema de salud mental. Todos más o menos conocemos cuál es la situación así que no vamos a entrar en muchos detalles.

A nivel de salud el Ministerio de Salud Pública, a través de la Ministra Lustemberg, planteó una serie de prioridades para el quinquenio y sobre todo para los dos primeros años de gestión, que están vinculadas al acceso a los servicios de salud, a las consultas médicas, a los especialistas, al acceso a los medicamentos, el copago a nivel del sector privado, los estudios médicos, etcétera. Es decir, lo que hemos pasado todos porque nosotros también somos usuarios al momento de conseguir una consulta médica ya sea para medicina general, especialistas o algo más.

Son 10 prioridades las que marcó el Ministerio de Salud Pública. La Ministra Lustemberg y el Gobierno nos dejaron bien claro que hay una primera prioridad: el tema salud mental y consumo de drogas. Es decir, trabajar todos los temas que mencioné, pero

empezar desde ya a trabajar la problemática sobre el acceso a los servicios de salud mental y el consumo problemático de drogas.

Lo que sucedió en Río Negro es que no partimos de cero. En el período anterior, en la Administración anterior de la Intendencia, a iniciativa de la Intendencia Departamental y de la Dirección Departamental de aquel momento se planteó la posibilidad de tener un Plan Departamental de Salud Mental a través de un convenio con la OPS y de esta con la Universidad de la República, con Cenur norte. Se realizó todo un trabajo de campo y allá por el 2023 se llegó a tres documentos: un diagnóstico de la situación, una guía de recursos y un Plan Departamental de Salud Mental. Por eso hoy nos acompaña la licenciada en psicología Silvia Suhr, todos la conocen y pido disculpas porque omití nombrarla, con una vasta experiencia en lo asistencial, también en el área de la docencia, tuvo algún pasaje por la gestión de servicios de salud, pero actualmente –desde hace un tiempo– integra el Cenur Litoral Norte como Asistente Académica en dicha sede. Hoy nos acompaña representando a la Universidad de la República, que para nosotros es un actor fundamental para llevar esto adelante.

Decíamos que Río Negro no partía de cero, teníamos ya hecho el Plan Departamental. La nueva Administración –el Ministerio– estudia este Plan, está totalmente de acuerdo, es un buen Plan, es un buen trabajo; lo que hay que hacer es llevarlo a la práctica, hay que ejecutarlo. Y en estos momentos estamos en eso.

Cuando asumimos –en marzo– nuestra idea fue empezar a hablar con las distintas instituciones, prestadores públicos, privados, organizaciones de la sociedad civil, la Intendencia, el Mides; es decir, todas las organizaciones... y la idea es continuar en agosto con los centros educativos, los clubes deportivos, las iglesias, las organizaciones de la sociedad civil, para dar a conocer de qué se trata esto, porque se habla de que Río Negro tiene un plan de salud mental y, sin embargo, no conocemos su contenido o, por lo menos, los lineamientos generales.

Este Plan abarca todos los aspectos vinculados a la salud, en este caso la salud mental, no solo cuando hay una pérdida de la salud, es decir, una situación de enfermedad... Porque hoy en día nos pasa... y es normal que la gente nos reclame: «No conseguimos número para un psiquiatra», o «Me dieron pase para un psicólogo y nos demora cuatro meses».

Eso es verdad. Eso pasa. Se está trabajando con los prestadores de salud para tratar de disminuir este tiempo de espera –como decíamos hoy–, pero lo bueno que tiene este Plan es que abarca toda la dimensión del proceso salud-enfermedad. Es decir, desde la promoción de salud, la prevención, lo asistencial, la internación en caso de necesidad, pero también la rehabilitación, el seguimiento y el acompañamiento.

No sé si queda claro. Trato de ser lo más concreto posible porque la idea también es escucharlos a ustedes.

En ese sentido –si me permiten voy a leerlo textual para no equivocarme– el Plan hace una definición de salud –en general– desde hace muchísimos años, en una conferencia de Alma-Ata, allá en la década del '70, que dice: «Salud no es la ausencia de enfermedad, sino que es un estado de bienestar físico, psíquico, social y ambiental». No sé si queda clara la idea: no es solo la ausencia de enfermedad, no es que hizo un infarto, no es que tenga un ACV, sino que es un completo estado de bienestar y así lo debemos tomar.

La definición de salud mental que plantean la Ley de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública es: «*La salud mental es un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es*

*capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental».* Eso significa que tenemos que tratar de mejorar no solo los servicios de salud, sino la calidad de vida de la población y, sobre todo, en este caso particular, de la población que tiene algún trastorno mental, no solo la depresión, también la ansiedad, los trastornos de personalidad y los trastornos psiquiátricos mayores.

En ese sentido, nosotros le vamos a dar muchísima importancia a todo lo que es la promoción y prevención. Esa promoción y prevención nos tiene que comprometer a todos. Esto no es un trabajo desde la Departamental de Salud ni de los prestadores, sino de toda la comunidad.

La promoción en salud –la Organización Mundial de la Salud así lo entiende– es el acceso a la cultura, al deporte, a la recreación, es el acceso a la mejor calidad de vida. (tm)/ Si tenemos un departamento con un 15 % de desocupación, tenemos un problema de salud también. Si no tenemos buenas condiciones de viviendas, si no podemos llegar a fin de mes... Con todas las situaciones que lamentablemente estamos viviendo, evidentemente, no podemos decir que tenemos una buena calidad de vida y una buena salud.

La idea es trabajar a nivel comunitario, sobre todo desde la cultura, desde el deporte, a través de talleres, con organizaciones barriales, a nivel de centros comunales y a nivel de los centros de las distintas poblaciones del departamento para que sea la comunidad misma la que plantee sus inquietudes, necesidades y aspiraciones y, de esa forma, desde todas las instituciones podamos dar alguna respuesta y en todas esas acciones, transversalmente, esté el tema de la promoción de salud mental.

No sé si se entiende, pero creemos que va por ahí.

Poner una usina cultural es una política de salud. Que los gurises puedan hacer música, grabar, escribir o hacer teatro, es una política de salud. Iluminar toda la cancha del babyfútbol también es una política de salud, pero a su vez debemos llegar a los entrenadores de esos gurises o de los adultos con una capacitación básica en primeros auxilios psicológicos que les permita manejar algunas situaciones, no transformarlos en psicólogos ni mucho menos, pero sí capacitarlos en qué hacer y qué no, cómo actuar y a dónde derivar.

Eso en materia de promoción y prevención. No quiero extenderme porque quiero que haga uso de la palabra Silvia.

Después viene la etapa de atención, y ahí tenemos un problema. Es lógico que cuando uno tiene problemas de salud mental lo que quiere es un psiquiatra, pero también tenemos que apostar al primer nivel de atención: al médico de familia, al médico en la policlínica, al médico general. Yo hago policlínica de medicina general y así como podemos manejar una hipertensión arterial o una diabetes sin complicación también estamos capacitados para manejar algunas situaciones no graves: crisis de ansiedad, alguna depresión leve..., empezar a tratarlas, empezar a escucharlas más y, a su vez, saber cuándo, cómo y a dónde derivar, que esté todo protocolizado y todos hagamos lo mismo, que en ese hospital haya una coordinación para que ese usuario no tenga que golpear 5, 6 o 10 puertas para conseguir un turno. Lo que es urgente, a la emergencia, lo que no es urgente... No es lo mismo el control de un paciente que está estabilizado y quizás puede esperar dos meses a una situación que no es tan urgente, pero que tampoco puede esperar

dos meses. Eso requiere más que mayor cantidad de médicos mayor coordinación entre el primer y segundo nivel de salud.

En eso estamos. Se está evaluando bien la posibilidad de conseguir más recursos. Para ese primer nivel, por ejemplo, es fundamental la capacitación. Con la Universidad de la República, con el Cenur, se plantearon dos cursos de capacitación. Uno ya está definido; la señora Suhr luego se va a extender un poco más, pero está dirigido a médicos de primer nivel –médicos generales– de todo el departamento, personal de enfermería, licenciados en enfermería, psicólogos, asistentes sociales..., para que tengan una actualización en estos temas y una capacitación continua a través de la Universidad de la República. Esto también implica que ese médico capacitado esté en relación con el segundo nivel, es decir, con el psiquiatra.

También está planteado lo que hablábamos de la capacitación de los equipos comunitarios con docentes, entrenadores y demás; si bien no tenemos la fecha todavía sabemos que será pronto. Si hay necesidad de llegar a una internación, por ejemplo, que sea en las *mejores* condiciones y de la *mejor* calidad. Para eso en ASSE va a ser necesario remodelar la Sala de Psiquiatría; quizás alguno recuerda que fue producto de la donación de una familia hace unos años; en aquella construcción hubo mucha participación de la barraca y otras empresas que bajaron los costos para poder tenerla. Como se ha venido bastante a menos la idea es no solo remodelarla, sino agrandarla y que Fray Bentos y Río Negro –porque queremos que esto sea departamental– tengan un único servicio de internación psiquiátrica que brinde igualdad en cuanto a calidad de atención y que sea la mejor; si no, no; y una vez que un paciente sea dado de alta tenga esos mecanismos comunitarios para poder hacer un seguimiento. Esto que a veces es fácil de decir cuesta mucho trabajo, lleva su tiempo y a veces nos cuesta manejar la angustia porque queremos cosas ya.

Lo concreto es que se ha venido avanzando en estos pocos meses. Ahora, en el mes de agosto, instalaremos el Comité Ejecutivo del Plan Departamental escrito «acá», integrado por la Dirección Departamental de Salud, el Mides, la Intendencia de Río Negro, ASSE, CAMY, de Young, Amedrin... Cuando digo ASSE me refiero a hospital Fray Bentos, hospital de Young, la Red de Atención Primaria y ese grupo ejecutivo que tiene la responsabilidad de llevar a cabo este Plan en cada una de sus instituciones y que deben hacer una evaluación continua de este. Este trabajo comunitario requiere de una tarea intersectorial. En eso estamos: trabajando con la Intendencia, con el Mides, con el INAU y también con las organizaciones de la sociedad civil.

Quiero dejar por acá para cederle la palabra a la Licencia Suhr. Por supuesto, luego podemos seguir intercambiando.

No sé si quedó clara la idea.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, licenciada.

LIC. SILVIA SUHR. Muchas gracias. Buenas noches a todos.

Para este tema es importantísimo tener una platea que sea de referencia y multiplicadora también en lugares donde tengan que dialogar, recoger inquietudes y, sobre todo, hacer propuestas y ayudarnos a vigilar y promover algunas cosas relativas a la salud mental.

Considero que el doctor Valiero fue muy claro al explicar en qué estamos. Digo «en qué estamos» porque uno de los cometidos que nos propusimos con el equipo de la Udelar... Quiero mencionar específicamente que la Udelar trabajó constituyendo un equipo propio con Juan Gorosterrazú y Fabiana Pavloff, y sumó la OPS a través del

pedido de la Intendencia un par de consultorías que fueron muy importantes: la doctora Sandra Romano, que es una referencia en el país en el ámbito de la psiquiatría, para pensar la posibilidad de residencias asistidas alternativas, y la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay con Gonzalo Di Pascua y Ana Monza, que también son referentes en el tema de prevención de suicidio. Así se armó el equipo que tuvo la tarea de acercarse al territorio para lograr que este Plan recogiera de verdad la vivencia de quienes viven en él y lo habitan. Esa fue –quizás– la primera tarea desafiante: lograr un Plan que además de un equipo tuviera la capacidad de sumar a un promedio de 100 personas; aparecen en el mismo los nombres de cada uno de los que desde sus distintos lugares de acción –comunitario, técnico, profesional o no profesional– dedicaron tiempo a pensar con nosotros. Considero que a eso hay que destacarlo. También, señalar que es un potencial que tiene este departamento porque esas personas que se movilizaron quedaron motivadas. No nos podemos permitir que la elaboración del Plan quede concluida en «estos» libros y después nosotros, los rionegrenses, no le demos vida y movimiento. Entonces, en principio destaco eso. La Universidad apostó a este carácter y metodología participativa porque es en lo que realmente creemos. Las alternativas que una sociedad necesita suelen encontrar solución en el movimiento de la propia gente; ese fue un poco el enfoque que le dimos desde la Casa de la Universidad. (nr)/ Gerardo hizo una síntesis muy importante. Yo no quiero abrumar, pero me interesa dar un par de marcos que son fáciles de encontrar; incluso, probablemente el que quede motivado puede encontrarlos fácilmente hasta para darle una lectura. Creo que hay dos que son insoslayables.

Uno es la Ley de Salud Mental 19529, que tiene su origen en el año 2017. Para quienes trabajamos en el ámbito de la salud mental desde hace tiempo fue un logro porque es una ley que consagra la mirada desde los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Destaca otro aspecto: la intersectorialidad –sin esto no podemos–; solíamos atribuir la solución de los problemas de salud mental a la salud y hoy sabemos que la salud sola no resuelve los problemas de salud mental. Si vichan el Decreto 331, del año 2019, verán que convoca a todos los Ministerios, especialmente a unos más que a otros –Mides, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Economía– a que trabajen a la par del Ministerio de Salud para cuidar la salud mental de la población uruguaya. Eso nos da claramente un concepto: que la salud mental es un tema de todos. Recuerdo que hace unos años, en esas discusiones que teníamos a veces un poco intensas para transmitir este cambio de modelo –porque, en definitiva, esto es un cambio de modelo– decíamos: «al final esto es tierra de todos y es tierra de nadie». Y yo dije: «no, el tema de salud mental es tierra de todos». Creo que hoy como sociedad lo estamos viviendo en este sentimiento de afectación con los problemas de la salud mental. Ese es el primer cambio de modelo cultural que tenemos que hacer: asumir que la salud mental es un tema de todos. En la Ley de Salud Mental está prevista la acción intersectorial e interinstitucional y convoca a todos los actores de distinta manera. Esa es una de las cosas que me parece un marco de referencia importante.

El otro marco de referencia que tomó el grupo de trabajo para la redacción del Plan fue el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, que sin dudas fue nuestro orientador. El desafío es llevar del plano nacional al plano departamental los lineamientos o las líneas estratégicas.

Además del formato papel pueden encontrar el Plan..., simplemente ponen «Plan...» y lo encuentran en formato digital.

El otro aspecto muy rico fue cuando empezamos a convocar a los actores de la sociedad que se sentían involucrados y tuvimos una altísima respuesta de los sectores que trascienden la salud; se involucraron de una manera muy importante. Si ustedes me siguen

la imagen visual –soy docente, me encantaría tener un pizarrón aquí–..., si nosotros pensamos en esos niveles que el doctor Valiero decía en cuanto a que la atención en la salud mental no es solo asistir a una persona enferma sino empezar *mucho* antes *promoviendo* salud, *previniendo* enfermedades, y cuando hay enfermedad tener accesibilidad a la atención de la misma y además la capacidad de proponernos alguna forma de recuperación como la inclusión e inserción, es cuando completamos el ciclo.

Cuando hicimos la convocatoria desde la Universidad hubo una *muy fuerte* –muy fuerte– convocatoria a personas que tenían mucha capacidad de actuar a nivel de prevención y de promoción –a algunos de ellos los identificamos con determinados niveles de capacitación– y a otras personas sin capacitación pero que están muy cerca de la comunidad; por ejemplo, un club deportivo con entrenadores o con actores muy cercanos a la gente diariamente, sintiendo –a veces– que tenían pocas herramientas para el manejo de lo que pueden ser las primeras aproximaciones a la salud mental. Este fue para nosotros un dato muy importante: saber que tenemos una comunidad activa en el resto de los eslabones que trascienden la salud; obviamente que al sistema de salud también le competen acciones de prevención y promoción, de atención y además de recuperación.

Ese esquema fue nuestro punto de partida.

El segundo paso fue identificar nudos críticos en este interjuego de actores.

Aquí fue importantísima la opinión..., las estrategias fueron de distinta forma: talleres, entrevistas, encuestas, más entrevistas..., que nos permitieron detectar aproximadamente 28 nudos críticos que tenía el departamento y con posibilidad de ser trabajados. Como punto de referencia tomamos las dimensiones del Plan Nacional, como para ir bajándolo un poco a tierra. Lo que para nosotros era importante en el diagnóstico trató de quedar expresado «acá». Hay una parte de las guías que es puramente el diagnóstico del departamento –estoy segura de que si lo miran van a sentir mucha identificación con lo que está expresado porque es lo que viven o viven personas cercanas a ustedes–, luego la identificación de los nudos críticos y después de eso poder pasar a algún plano de propuesta, lo que dio paso al librito rojo –así lo llamamos–, que es el que sí procura un plan que propone acciones, actores y tiempos probables de ejecución. En aquel entonces la ejecución estaba prevista para ser llevada a cabo entre el 2023 y 2025. En ese esquema de cronograma nos manejamos.

Lo otro que nos pareció importante que quedara representado como acceso de información es el mapa de recursos, el tercer ejemplar –el verde–, que tiene un registro con lo más actualizado que pudimos de todas las instituciones que de una forma u otra inciden en algún plano de la salud mental de nuestra población.

Debemos tener mucha conciencia en cuanto a que el enfoque es dinámico. Nosotros utilizábamos este término: el Plan es una síntesis, un punto de partida que no es el origen de nada, es algo que rescata una línea histórica que la salud mental ha tenido en la que hay otros antecedentes: el Sistema Nacional Integrado de Salud, el Plan de Prestaciones de Salud Mental en el año 2011... Venimos con acciones históricas. Río Negro no parte de cero, pero tiene un punto de partida que intenta organizar, recomendar algunas acciones y poder generar líneas estratégicas de trabajo que organizamos con base en los mismos ejes, solo incorporamos uno que nos pareció que no estaba contemplado en el Plan Nacional y que consideramos muy importante.

Repaso con ustedes: las líneas estratégicas están en el orden de la rectoría y la gobernanza y miran un poco más a la función que tienen los órganos rectores, pero la gobernanza en salud mental incluye también, por ejemplo, la voz y la participación de



usuarios y familiares que también tienen la capacidad de organizarse y contribuir a la búsqueda de alternativas.

Tenemos el plano de la intersectorialidad, no estamos en un departamento que no trabaje entre sectores, este departamento tiene trayectoria de encuentro para la solución de problemas de la población. Hay un capítulo para promoción y prevención, uno para atención, otro para gestión humana y capacitación... En capacitación es donde la Udelar entiende que tiene que contribuir de una forma clara, consistente y coherente con este Plan, por eso este año hemos estado pensando dos... Gerardo buscaba el plan de fortalecimiento del primer nivel de atención y ya tenemos pensado y autorizado el del fortalecimiento de la enfermería que cuida al paciente con trastornos mentales severos o cuidadores de residencias. Eso ya está aprobado, vamos a tratar de difundirlo a partir de mañana. Además, está contribuyendo con un programa, un proyecto de investigación que se llama Malestamos, cuando el dolor es colectivo, y aborda la problemática del suicidio; es un proyecto de investigación regional que nuclea a Colonia, Soriano y Río Negro –también estamos trabajando en eso–.

Y luego, todo lo que tiene que ver con el sistema de información, monitoreo, evaluación y *comunicación*, que entendemos es otro capítulo en el que necesitamos ser muy consistentes, muy coherentes y también tener orientaciones claras de quienes entienden de comunicación y nos puedan ayudar, porque cuando la población está informada está más protegida.

Esas son las líneas estratégicas –como les dije– organizadas en actores responsables, actividades que se pueden hacer y un cronograma posible.

No quiero atomizar con mucha cosa. Fue muy difícil para mí pensar en la síntesis que pudiera ser oportuna para esta platea, pero hay algunos supuestos básicos que necesita este Plan para seguir cobrando vida. (lp)/ Hablaba en la previa con algunas personas y les decía: no hay ninguna acción que por sí misma cambie la historia, la historia la cambiamos porque vamos juntos hacia ciertos lugares, aunque eso sea un primer paso. Los planes lo que promueven es: un por dónde y cómo seguir. Eso puede tener idas y vueltas, eso puede tener reformulaciones, eso debería seguir nutriéndose con la participación de la gente, con la opinión de las instituciones y de los distintos actores. Está planteado «así» esto, no como una receta que hay que aplicar, no como un formato rígido, todo lo contrario.

Decíamos que necesitan algunos supuestos, lo concluíamos en que hay que ratificar los compromisos que se asumieron en julio de 2023; se necesita que estén nuevamente bien ratificados; se necesita algunos liderazgos claros, más allá de toda la comunidad activa, pero se va a necesitar de algunos liderazgos claros; fortalecer algunos estilos de comunicación, esta es uno de los grandes desafíos que estamos teniendo como sociedad, las instituciones no quedamos ajenas a eso, y obviamente siempre es necesaria la asignación de recursos. Hice esta síntesis orientadora como para que puedan repreguntar o interactuar.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el señor Edil Casaretto.

SR. MARCELO CASARETTO. Gracias, señora Presidenta. Buenas noches, doctor y licenciada.

Mi pregunta es: ¿cómo aterriza en el interior del departamento este Plan de Salud? Porque muchas veces hemos tratado en este recinto que faltan médicos, que las ambulancias están en mal estado..., el enfermero, los choferes... Me gustaría saber qué

tienen pensado porque no es solo Fray Bentos y Young, sino que también están las localidades menores como Algorta, Paso de la Cruz, Mellizos, Nuevo Berlín y San Javier. Esa era mi consulta. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la licenciada Suhr.

LIC. SILVIA SUHR. Muchas gracias.

En principio, quiero complementar esta idea de cómo hemos pensado la elaboración del Plan, hubo actores de los lugares más alejados de la capital –lo menciono en nombre de la Udelar, que es el organismo por el cual estoy manteniendo este diálogo con ustedes–. La primera capacitación en la que pensamos que es el fortalecimiento del primer nivel de atención tiene como principales invitados a todos los actores de la salud que están trabajando en cercanía con estas poblaciones, por lo menos a lo que está en el alcance de las propuestas de las capacitaciones, somos siempre conscientes de convocar y llegar también al interior.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Entiendo la pregunta y es lógica, quizás no fuimos claros cuando mencionamos, por ejemplo, la capacitación.

Hoy a las 11:00 tuvimos una reunión por zoom con los prestadores de ASSE, de CAMY y de Amedrin a fin de que faciliten la presencia en estos cursos, que *todos* los recursos de *todo* el departamento en materia de salud participen, no solo que lo haga la enfermera de la policlínica del barrio Unión, sino también la de Paso de la Cruz, la de Sarandí de Navarro, de todas las localidades. Van a ser dos actividades presenciales, la primera en Fray Bentos y la última en Río Negro y, en el medio, cinco actividades virtuales; es una modalidad mixta. El objetivo de este curso –no sé si lo lograremos– es que el 100% de las personas que trabajan en el primer nivel estén capacitadas de la misma forma en todo el departamento. Cuando mencionábamos de capacitar a nivel comunitario, hablábamos de los clubes deportivos, de los centros educativos, y también lo hacíamos del medio rural; será a través de rondas rurales o con la experiencia que hubo hace algunos años de las admisiones socioeducativas, pero con una presencia más constante en el correr del tiempo porque esto requiere actualización, cuanta más gente tengamos informada y capacitada en la comunidad de todo el departamento, incluida el interior, obviamente que va a ser mejor. Los médicos del primer nivel de Fray Bentos y los que van a Paso de la Cruz, a Mellizos y a Algorta van a recibir la misma capacitación.

Después esta relación que decíamos con el segundo nivel del hospital de Young es fundamental. Hace dos semanas una psicóloga del hospital de Fray Bentos recibió a un paciente que había sido derivado de San Javier hace un año. Yo no puedo creer que en un año no haya habido un turno. Evidentemente falló algo de coordinación, tiene que haber una línea directa, tiene que haber una forma de que el médico que está en Paso de la Cruz le haga un pase y eso caiga directamente en el hospital de Young para la atención con psicólogo o psiquiatra, y que tenga un orden de prioridades de acuerdo con la capacitación que recibió ese médico de la policlínica de Paso de la Cruz. Entiendo la inquietud, pero este plan es departamental. Teníamos que empezar por algún lugar y la verdad es que comenzamos por acá; hemos tenido conversaciones con gente de Young; algo planteamos en San Javier y Nuevo Berlín y tenemos pendiente una ronda por el medio rural. Estuve un par de meses «fuera de combate», pero la idea es hacerlo a nivel departamental.

Dentro del plan también está incluida la telemedicina que en el período pasado ya se desarrolló, no solo queremos a esto desarrollarlo, sino que quede bien protocolizado. Por ejemplo, que ese médico que esté en el medio rural decida si es necesario un pase para que el paciente viaje al hospital de Young o que se atienda a través de la telemedicina, con un especialista que esté en un hospital de Montevideo. La telemedicina también está incluida en eso. No sé si quedó claro.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el señor Edil Bevegni.

SR. RONY BEVEGNI. Buenas noches a todos, a los señores Ediles y al público presente, especialmente al Director y a la licenciada.

Les agradezco por la exposición y por haber venido a esta reunión.

Hay que valorar que las políticas sigan trascendiendo las distintas Administraciones, porque hoy decía el doctor que este es un trabajo que no arranca de cero, sino que viene de un trabajo anterior que hizo la antigua Departamental de Salud, encabezada por el doctor Montaña, que llegó hasta cierto punto y ahora hay que avanzar. Eso creo que habla muy bien de todas las partes y ojalá que se pueda instrumentar lo antes posible.

Lo siguiente es lo que comentaba recién el doctor sobre el tema de salud mental, que creo que se está implementado desde el 2023, Río Negro fue el primer departamento que implementó la telemedicina; por lo que me comentaban hoy ya casi todo el país está con telemedicina, pero fuimos los pioneros. La pregunta era si este Plan departamental está vinculado. Porque creo que son 108 consultas que se van realizando desde San Javier y Nuevo Berlín con el hospital Español –creo que usted mencionó que la doctora Romano ha estado en esas consultas– y nos ha acercado a profesionales de primer nivel a través de una pantalla y la tecnología. Y nos está acercando en esta problemática del interior, que muchas veces está lejos de todo –como bien decía el señor Edil Casaretto– con una atención que podría haber pasado que nunca llegara porque entre las limitantes económicas, de distancia, las conexiones...

La verdad es que me pone contento que se siga con todo lo que se ha trabajado. En lo particular estoy a las órdenes en todo lo que pueda ayudar.

Recién contestó sobre el tema que iba a preguntar, que era si la telemedicina está dentro de este plan.

Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Una información de último momento. (kg)/ Destacamos esta experiencia, este Plan, cómo se desarrolló, cómo participó la Universidad de la República, la iniciativa de la Intendencia Departamental. El Ministerio de Salud Pública avaló este Plan, que realmente está muy bien hecho, no se hizo ninguna corrección y lo que queremos es implementarlo.

A través de la Organización Panamericana de la Salud y la CND (Corporación Nacional de Desarrollo) el Ministerio en el mes de agosto o en el de setiembre realizará un llamado para la contratación de 18 coordinadores para que cada departamento tenga su propio Plan Departamental de Salud Mental tomando como ejemplo esta iniciativa, la forma de trabajo y cómo se logró, porque si bien tenemos un país chico hay realidades totalmente distintas en cuanto a lo que decía Silvia sobre la cantidad de recursos humanos, la posibilidad asistencial y todo lo demás...

Y sobre la telemedicina, que empezó hace un tiempo, lo que nosotros queremos es que quede protocolizado y así como hacemos la receta para el pase que podamos hacer «pic» y tener la consulta, no ya, pero quizás al otro día o en 48 horas, con un especialista en un hospital de Montevideo y no como al inicio, cuando había que esperar y demás...; obviamente, era el inicio, pero ahora tenemos que pasar a otra etapa.

Lo otro que le quiero decir al señor Edil Casaretto –que se me pasó– es que mejorar la caminería rural es mejorar la calidad de vida. En un pueblo como Paso de los Mellizos no se va a instalar un médico ni va a haber policlínica, entonces lo que precisamos es una ambulancia en buenas condiciones, un chofer las 24 horas, una enfermera capacitada y un camino para poder llegar rápido a Young. En este Plan ese tipo de cuestiones también son importantes; obviamente, no dependen de la salud, pero en esta intersectorialidad que hemos planteado para nosotros es fundamental.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señora Edila Long.

SRA. MARGARITA LONG. Buenas noches y muchas gracias. Bienvenidos doctor Gerardo Valiero y licenciada Silvia Suhr. Es un gusto.

He estado escuchando y se me presentan varias interrogantes.

Comparto lo que se está diciendo, por ejemplo, en cuanto a la caminería rural y demás, pero lo que siento –y creo que parte de la población siento lo mismo– es que estamos hartos, cansados de escuchar hablar de planes, planes y más planes. Los diagnósticos ya hace mucho tiempo que están. Entiendo lo del fortalecimiento de redes, lo del fortalecimiento del trabajo en conjunto de toda la sociedad; a eso lo comparto en un todo. Ahora, ¿qué pasa cuando hay un paciente descompensado, por ejemplo, en Young? Va a Emergencias, el personal de salud está más que capacitado para atenderlo porque dan todo lo que está a su alcance, pero lo tienen que internar porque hasta el miércoles, jueves o la semana que viene no hay un psiquiatra. Entonces, hay que dejarlo internado, ocupando las camas médico-quirúrgicas, hasta que pueda llegar el psiquiatra y decir si le da el alta o no.

Me parece que más allá de todo esto –que entiendo es más que importante– hay cosas que tienen que ser *ya*. No podemos tener un psiquiatra una vez por semana. Creo que esto también pasa acá en Fray Bentos, si no me equivoco viene uno de Gualaguaychú –los de Fray Bentos me dirán si está o no–.

Entonces, eso es lo que a mí me motiva, porque –inclusive– con una cantidad de temas... Siempre expreso lo mismo, pero cuando estaba en Políticas Sociales me aburría de decir: «vamos a zona rural a *empoderar* a las mujeres contra la violencia doméstica, a *empoderar* “tal” cosa». Hacíamos charlas, capacitaciones, más capacitaciones y estábamos viendo la realidad. Ahora, ¿qué solución le dábamos a esa mujer rural? La empoderábamos. ¿Y después qué hacía? Tenía que seguir viviendo con permiso en la casa de la familia donde estaba el que la violentaba.

Perdón si soy básica, pero con esto entiendo lo mismo. Me parece *espectacular* que se sigan fortaleciendo las redes, comparto en un *todo* que tiene que ser toda la sociedad, que tienen que estar integrados los clubes deportivos, que los centros deben tener gente capacitada que sepa escuchar. Eso lo compartimos todos. Pero creo que hay cosas *urgentes* y la población hace mucho tiempo que está esperando eso.

Comparto que estamos *todos* en la misma. Estamos todos angustiados por lo que está pasando. Pero imagínense a la madre de un chico que necesita ya la atención y tenga que estar esperando 10 días para que lo vea un psiquiatra... Más allá de *todo* lo que se pueda prevenir, promover y demás...

Esa es la impotencia que me da. ¿Eso se va a solucionar? ¿Cómo se va a territorializar? Porque todo esto sobre lo que estamos hablando tiene que venir de la mano de soluciones, que es lo que se precisa ya: especialistas, lugares de internación, poder contar en el momento con los recursos cuando hay una persona descompensada.

No sé si soy clara.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Clara y contundente, como siempre.

Nosotros no estamos haciendo otro diagnóstico, estamos tomando el diagnóstico. No un nuevo diagnóstico. No venimos a hacer *otro* diagnóstico sobre el diagnóstico. Esto como primera aclaración.

Los problemas de asistencia en el interior en cuanto a la cobertura de especialistas es un tema de hace 150 años que hay que ir solucionando. No es fácil.

En Young creo que Juan Pablo hizo varios llamados para médicos psiquiatras en 10 años y no se anotó ni uno. No se puede ir a Montevideo y agarrar de los pelos a un psiquiatra para llevarlo a Young.

El asunto es que si no lo tenemos, como sistema de salud hay que tener la suficiente capacidad –que todavía no está del todo integrado y es lo queremos hacer– como para derivar ya a ese paciente si realmente requiere asistencia urgente, que tengamos a dónde derivarlo. ¿Se entiende? Porque en el futuro inmediato, lamentablemente, no vamos a contar en muchos lugares del interior con un psiquiatra permanente.

Estamos trabajando en otra línea en este Plan –no sé cuándo va a ser, pero estamos trabajando– para tener más residentes de psiquiatría en el interior –algunos hay en Young–, tener residentes de psiquiatría de la Facultad de Medicina en Fray Bentos, porque está demostrado que cuando la gente hace aunque sea una pasantía de un año en el interior, mucha se termina quedando. Eso es así. Yo soy una prueba de ello: vine de casualidad a Fray Bentos por tres meses y hace 30 años que estoy acá.

No es solo una cuestión de dinero, que haya que pagarle más al psiquiatra para que venga, porque si no entramos en una lógica de mercado de que si acá le pagamos 100 y la Asociación Española le paga 120, se va para la Asociación Española. Esa lógica de mercado tampoco resuelve el problema.

Coincido con usted en que tenemos un problema en cuanto a que cuando una persona se interna en el hospital de Young lo sigue el médico internista de sala y el personal que lo atiende en ese momento es de enfermería, de cuidados moderados, y no está capacitado para el manejo de pacientes psiquiátricos. Entonces, ¿por dónde vamos? Primero, por capacitar a esos enfermeros, capacitar a esos médicos, mejorar las coordinaciones con otro nivel y usar la telemedicina hasta que consigamos más recursos para el interior. La mayoría de los recursos –esto es histórico– está en el área metropolitana y cuanto más al norte hay menos cantidad de médicos por pacientes. Es una realidad lamentable que hay que mejorar.

Yo no puedo decirle si ya se va a mejorar eso. Lo que sí queremos es que mientras no contemos con el psiquiatra tengamos la suficiente capacidad de *coordinar* para que si ese paciente no tiene una solución acá... La idea es: si lo podemos resolver de forma local, inclusive entre público y privado, lo resolvemos, planteando cargos de alta dedicación compartidos entre el sector público y el sector privado para ver si logramos atraer un poco más. Si no se puede localmente, a nivel regional, y si no se puede de forma regional, derivarlo a un centro de tercer nivel en Montevideo.

No sé si queda claro, pero comparto su preocupación porque además es la que nos plantea la mayoría de la gente cuando hablamos de salud mental. Dicen: «¿Qué me hablás de salud mental si no hay un psiquiatra de guardia?» (tm)/ Es como cuando hicimos la campaña del tomógrafo que me paraban en la calle y me decían: «Hacés una campaña para un tomógrafo y no tenés ambulancia». Y mi respuesta era que teniendo un tomógrafo íbamos a precisar menos ambulancias en el futuro. Esto es lo mismo. Si logramos capacitar a nivel comunitario en todo el departamento al primer nivel de atención muchas de las patologías frecuentes, como depresiones leves, duelos o depresión menor, debería –en principio– empezar a resolverlas y controlarlas el médico de primer nivel y, si es necesario, derivarlas. Y después, cuando están internados, la idea es que el servicio de internación sea departamental porque es un Plan Departamental.

Pero coincido con la preocupación y es lo que nos dicen todos los días...

(Dialogados).

Está claro porque a mí me lo dicen todos los días.

(Dialogados).

SRA. PRESIDENTA. Disculpen. Evitemos los dialogados.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Quiero darle la tranquilidad a la señora Edila de que conocemos bien esa preocupación y vamos a trabajar en eso.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, licenciada.

LIC. SILVIA SUHR. Básicamente confirmo alguna de las ideas que mencionaba el doctor Valiero.

Entiendo el plano de la urgencia. Trabajo en otros lugares donde convivimos con la urgencia de forma diaria. Es verdad que si no revisamos algunos aspectos, como la tendencia que hemos tenido a psiquiatrizar algunas otras dolencias... Está estudiada la cantidad de psiquiatras que deberíamos tener en cada comunidad per cápita, pero si tendemos a hacer uso excesivo detiene la atención de las situaciones que ameritan sí o sí la atención especializada. Es un aspecto para seguir revisando también en todo este trabajo que hay que hacer de relacionamiento entre primer y segundo nivel de atención, porque algunas esperas... No digo las de internación, que entiendo cuando no hay un especialista que monitoree de forma diaria o un poco más seguido, pero sí en lo que tiene que ver con la llegada a la asistencia con el especialista... Necesitamos revisar este modelo en el que a veces la atención especializada no es estrictamente necesaria y la resolutivez puede venir en otro nivel de atención. Entonces, si reservamos el fácil y rápido acceso para el trastorno mental severo, para el riesgo vital o para el consumo problemático de sustancias que –como ustedes saben– son los tres grandes focos en los que este país está intentando poner atención en cuanto a cuidados de salud mental... Sin ser un tema de resolución inmediata debería no ser mucho más que de un corto o mediano plazo si nos ponemos activos a reformular más que la cantidad de recurso humano la organización y la distribución.

Pasa un poco más por ahí.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Milesi.

SR. SERGIO MILESI. Gracias, señora Presidenta. Saludo al doctor Valiero y a la licenciada Suhr. Gracias por la información, por los conceptos y por estar hoy acá.

Empezando quizás por el final y haciendo un pequeño racconto, debemos decir que la ley se aprobó a mediados del 2017, la reglamentación se hizo a mediados del 2018, el Plan se presentó en febrero de 2020 y en este departamento, en octubre de 2024, se presentó el Plan de Acción en el marco del Día Mundial de la Salud Mental. ¿Qué quiero decir con esto? Que más allá de que está demostrado que no pasa por un tema de diagnósticos en realidad creo que pasa por los tiempos y acompañar los tiempos de las acciones con las necesidades y la urgencia de la gente. Por eso, quizás el 10 de octubre de 2025 podría ser una buena fecha para presentar algo públicamente, anunciar algo y seguir instalando o afirmando este tema en la opinión pública porque al estar presente nos ayuda a todos. A partir de esto, en lo personal tengo presente que el 10 de octubre es el Día Mundial de la Salud Mental. Hasta este entonces no lo tenía claro. Y creo que si todos vamos en esa misma línea nos ayudará a tener más incorporado el tema sobre todo en cuestiones cotidianas y en todas aquellas cosas que podamos hacer.

Lo otro que quería manifestar es que se estuvo hablando de las acciones o de las intervenciones de trabajo desde el punto de vista territorial y desde el punto de vista de algunas organizaciones, y no quiero dejar pasar la oportunidad para mencionar la cultura: la cultura para la felicidad. Creo que sobre todo los colectivos que son ámbitos de mucha contención y ayudan mucho... por lo menos está esa idea en nuestro imaginario por haber formado parte de colectivos y ser testigos de que esos ámbitos también son muy interesantes para llevar adelante determinados trabajos.

La pregunta con la que quiero redondear es si ustedes entienden que este organismo o quienes lo integramos eventualmente podemos formar parte de algo e insertarnos en algún ámbito, tarea o acción y que quien se sienta con el compromiso para participar de estas cosas pueda hacerlo. Al menos en lo personal no quiero quedarme en un relato o en un discurso, quiero tener la posibilidad de que si podemos ser útiles en algo... saber si es posible. Nos gustaría escuchar alguna sugerencia o alguna cosa.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL DE SALUD. Voy a decir una cosa muy personal. Yo soy un poco reacio... Entiendo que hay que tener un día de sensibilización como el 17 de julio, pero creo que este tema tiene que estar en la agenda todo el año. Considero que es necesario y comparto, pero tiene que ser permanente. No digo todos los días, pero el trabajo tiene que ser permanente. Acá no necesitamos grandes genios que nos vengán a decir que es lo que hay que hacer. Acá necesitamos gente pequeña haciendo pequeñas cosas en pequeños lugares para ver si podemos cambiar. Todos los días. Esta es una organización que tiene 31 personas, más la Mesa, más los funcionarios y demás y quizás en este momento alguno está pasando por una situación complicada de salud mental: familiar, económica, capaz no tiene laburo, capaz hace una semana que no puede dormir porque está angustiado por el tema que sea. Lo que queremos es que todos, en algún momento, tengamos la capacidad de escuchar. La capacidad de escuchar es fundamental porque si nadie escucha a esa persona el camino es jodido. Eso es fundamental y es un trabajo de todos. El otro día, cuando salimos en un medio de prensa, una persona conocida de acá de Fray Bentos mandó muchos aportes y me han llegado proyectos e ideas de gente que no tiene nada que ver con la salud, que me dice: «Mirá, yo estoy haciendo esto de candombe, ¿cómo puedo sumarme?» Es decir, hay una idea de trabajar el tema de manera comunitaria sin descuidar lo puramente asistencial. Creo que

va a haber algunos ámbitos, seguramente más ampliados. (nr)/ Si bien está previsto, no quisimos hacer un consultivo, reunir mucha cantidad de gente – por lo que decía la señora Edila Long de otra vez volver a hablar mucho–, sino que estamos yendo institución por institución no para hacer un diagnóstico, para que se conozca en qué estamos y la necesidad que tenemos de que esto sea entre todos, sin eludir responsabilidades.

Respondiendo la pregunta: sí, va a haber algún ámbito más amplio. El trabajo es continuo, todos podemos hacer algo en nuestro lugar de trabajo, en la familia, con el vecino, con el amigo, si tienen un grupo de WhatsApp y siempre hay alguien que está jodiendo todos los días y deja de participar ¿qué está pasando?

Simplemente era eso.

SRA.PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Milesi.

SR. SERGIO MILESI. En realidad, hice mención a la fecha... como para presentar algo públicamente.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR.DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Entiendo lo de la fecha, quizás sea antes. Es decir, si hay algo más concreto antes lo vamos a presentar, no vamos a esperar a la fecha. A eso me refería, tal vez no fui claro.

Se está trabajando sobre todos los prestadores, tanto públicos como privados, buscando la forma de complementar algunos servicios; lo de la capacitación ya es un hecho concreto que se va a realizar. Se está avanzando en esas cuestiones.

Quizás haya algunos anuncios antes, no nos gusta decir que vamos a anunciar, pero... No vamos a esperar al 10 de octubre para anunciar algo si lo tenemos antes. Me refería a eso.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Suhr.

LIC. SILVIA SUHR. Muy sencillo el concepto, tal vez muy genérico... Días pasados en una reunión estuvimos hablando sobre las realidades –algunas internacionales–, los números de Uruguay y las cifras con relación al suicidio, y compartíamos que, en realidad, los países que lograron revertir un poco las cifras han trabajado más en mejorar las condiciones de vida de la gente que en ganar en recursos humanos –que ojalá también sigamos ganando en recursos humanos–. Los países que más trabajaron en eso son los que están logrando mejorar las cifras. Insisto: esto no va en contraparte... Ojalá tengamos más recursos humanos y más gente preparada, pero creo que ahí... Y este es un órgano que piensa en las condiciones de vida de la gente o que tiene probablemente acciones para promover o apoyar.

Desde esa generalidad intento responder un poco a lo que usted decía.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el señor Edil Cardozo.

SR. MILTON CARDOZO. Buenas noches para todos.

A Silvia y a Gerardo les agradezco el haber venido y, sobre todo, asumir este compromiso de bajar a tierra y poner a funcionar un programa, que salga del libro. Creo que ese compromiso y las ganas que muestran indican el camino correcto para motivar a más personas a trabajar en esa línea.



En mi experiencia personal vengo del deporte y siempre se ha intentado educar en la parte de funcionamiento orgánico, rendimiento y demás. Considero que esta idea de trabajar con equipos comunitarios y empezar a trabajar en la educación desde el plano de la educación mental es clave.

Alguna vez, conversando con mi hija, que ha podido participar de algún taller, me quedó una frase muy cortita que dijo: «Estoy intentando identificar mis emociones». Pasó como un intercambio nada más, pero después lo llevé al plano deportivo y pensé cuántas veces el mismo atleta no sabe identificar sus emociones. Y si a eso lo multiplicamos por todos aquellos que por ahí no tienen la suerte de estar en un lugar o en un espacio de contención, como, por ejemplo, el deporte, se multiplica.

Esta línea de trabajar con los equipos comunitarios y de empezar a trabajar en ese plano me parece fantástico. Ahora, mi pregunta es: en esto de la interinstitucionalidad ¿qué rol está teniendo ANEP? Considero que el trabajo de los maestros y docentes es fundamental, son los primeros detectores de muchas problemáticas –no sé si lo mencionaron–; por lo tanto, quiero saber al menos a nivel departamental qué nivel de compromiso o en qué trabajos se ha podido avanzar con ellos.

Gracias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Para el mes de agosto tenemos pensado hacer una recorrida por los centros educativos explicando esto.

Silvia participó hace unos años de una muy buena experiencia con los docentes y adscriptos en cuanto a charlar y entender algunas cuestiones. La idea es llegar a una situación en la que el docente o adscripto al captar una situación de riesgo sepa qué hacer en ese momento, pero, sobre todo, a quién y a dónde llamar. Eso es difícil de lograr. No solo que llamen a la familia para que lo lleven a la emergencia del hospital; capaz que si logramos algunos números preferenciales en 24 h, 48 h, no sería tanta la urgencia a nivel de la emergencia, que ya está saturada. Hay una línea telefónica que mucha gente no usa porque en esos momentos uno no se acuerda: el \*0767. Nos han llegado en estos últimos tiempos casos como: «Tengo mi hija que está pasando por “esto”, “esto”...». Entonces, que un adscripto o quien sea llamen a esa línea y desde allí, con gente más capacitada, se evaluará el riesgo para saber si es para un servicio de emergencia o para una agenda preferencial en 24 h o 48 h.

Los docentes y los adscriptos son fundamentales, muchos gurises tienen más confianza con los adscriptos. En esa experiencia nos dimos cuenta de que terminó el año y los gurises no fueron más al liceo y nos quedó colgado todo el tema de las vacaciones, de la movida del verano, de Las Cañas, de «esto y aquello», y a eso también hay que abordarlo, hay que pensar un poco en todo.

Hay que recordar que siempre se habla de la adolescencia, y está bien... Los indicadores de intentos de autoeliminación claramente son más en la adolescencia –más que en todo el resto–, entre los 14 y 29 años, pero en cuanto a suicidios la franja etaria abarca al adulto hombre mayor de 80 años. Tampoco podemos olvidarnos de los viejos. Y la segunda franja de suicidios es entre los 24 y 29 años. Hay que enfocarse en la adolescencia, sí, pero también en la población del adulto mayor porque tiene una alta incidencia. ¿A qué me refiero? A que ese adulto mayor no va a un centro educativo, entonces tenemos que buscar cómo incluirlo a nivel comunitario.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Edila Paraduja.

SRA. NANCY PARADUJA. Gracias, señora Presidenta. Buenas noches, señor Director Departamental de Salud, doctor Valiero, y licenciada Silvia Suhr.

No creo que haya alguien en esta Sala que no haya participado de estos temas. Creo que si hacemos el ejercicio de levantar la mano y decir quién estuvo en una situación de estas, todos... completaríamos los 31 y todos los presentes también.

Ha habido muchas herramientas de este tipo –muchas–. Hace muchos años comenzó con el doctor Alterwain la primera comisión del suicidio, la cual integré, después he seguido en lo social siempre trabajando en esto; de hecho, hemos compartido cursos con la licenciada. En mis tareas anteriores a esta también estuve en el tema de los problemas de salud mental.

Días atrás, hablando sobre temas de salud mental, un vecino me planteaba... Y es verdad... mucho escribimos, le dedicamos muchas horas a talleres y tenemos la *mejor* voluntad, porque no creo que alguien asista a un taller si no tiene voluntad de ayudar, de hacer el ejercicio de ayudarnos entre todos... (lp)/

Me quedaron algunas preguntas..., quizás vine con otra impresión de la reunión. Tenía la idea de que este Plan Departamental... Mencionaban sobre bajarlo al territorio y pensé que quizás se traía algo más plantificado para ejecutar más rápidamente. Es sin ánimo de ofender. Simplemente lo digo porque es algo que nos está pegando fuerte, nos pega en las familias, nos pega en los hijos de los vecinos y creo que hay que ponerse las pilas inmediatamente con esto.

Tengo algunas dudas. Siempre entendí –y si no fuera así están los profesionales para decirme cómo es– que la salud mental es para contener, para informar por lo menos a los actores sociales, y después están los profesionales para evaluar. Creo que tenemos un gran deber –si bien lo que abunda no daña y las permanentes capacitaciones son bienvenidas en nuestra comunidad–: no hay un seguimiento de las personas que padecen esa problemática. Voy a hacer un breve ejercicio de esto: la persona está descompensada porque tiene depresión; el vecino, amigo o familiar la lleva inmediatamente a un médico, el médico hace su trabajo y le da la medicación y la persona vuelve a su casa, pero no tiene un seguimiento. En mi humilde opinión creo que es lo que está faltando: que de alguna manera exista un seguimiento de ese paciente, que no se lo envíe con su pastilla y se vaya caminando como pueda. Lo que me gustaría aportar es que quizás en la ejecución de este Plan –el cual estuve acompañando– se pueda pensar en un espacio de escucha que nos sirva para poder prevenir, obviamente con personas calificadas, y también con no calificadas porque hay algo que se llama empatía. Podemos llegar a utilizar personas con empatía y compromiso con la causa para crear esos espacios de escucha y de seguimiento. Vendría muy bien que vuelva a haber talleres y, de hecho, si me invitan voy a participar. Pero ya es momento de que esto se materialice, la comunidad –vamos a hablar por la nuestra, por nuestro departamento, siendo un poco egoístas– pide a gritos que demos soluciones, que demos lugares donde... Me había hecho algunas anotaciones: ¿dónde van a recibir las alertas? Obviamente, será algunos de los integrantes de ese equipo multidisciplinario o de la Mesa Interinstitucional, pero se necesita un mano a mano en estas cosas, tener personas... En aquel momento, el doctor Alterwain había armado una estrategia de trabajo en Fray Bentos: eran personas que ante la alerta socorrían a la familia, iban y estaban con la familia, porque todos sabemos que una familia ante una situación de estas no piensa. No podés pensar. Entonces tiene que haber alguien que pueda ejecutar el pienso.

Eso, por un lado.

Por el otro, sigo insistiendo en hacer un seguimiento de estos casos, que se pueda elaborar un registro para que las personas a cargo de la ejecución del Plan puedan saber

cómo sigue esa persona. No es solo un momento. No es hoy y mañana que me acordé te paso un mensaje. Lleva un tiempo, lleva un gran tiempo. Hay personas que no tienen trabajo o que simplemente tienen tiempo libre y quizás pueda ser útil capacitarlas, invitar al ciudadano común a que nos pueda ayudar con esto. Las familias piden por favor que les demostremos y bajemos a territorio todo lo referente a salud mental, de alguna manera están pidiendo que se materialicen, capacitaciones, programas y planes. No tengo dudas, doctor Valiero –el otro día lo hablamos–, de que esto es *entre todos*. Todos nos tenemos que hacer cargo, si vemos que nuestro vecino no abre la puerta de su casa por días, cambió su forma de vestir, no habla, por favor, pongámonos atentos a eso.

Quería saber cómo se iba a optimizar la atención presencial para este tema.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Comparto todo lo que menciona la señora Edila.

No sé si nombré la palabra «taller» en algún momento; quizás muy poco –muy poco–. ¿Por qué? Primero que nada, nosotros reconocemos que en este tema hay mucha gente que ha trabajado mucho y durante mucho tiempo. Es verdad. en todo el país, en Fray Bentos y en todo Río Negro también. Pero la realidad muestra que en la incidencia de la situación de suicidio, la curva va en aumento. Tenemos picos mayores. El año pasado tuvimos 35 cada 100.000 habitantes. Si Río Negro tiene 56.000 habitantes significa unas 17 personas; quizás el año que viene sean 5 menos y bajamos al quinto lugar. No importa si estamos primeros o quintos porque al ser cada 100.000 habitantes muchas veces un número pequeño te mueve mucho la tasa y en los últimos años en Uruguay la tendencia de los suicidios va en ascenso. Hace 20 años andábamos en un promedio de 15 y 18, ahora andamos en 22. Si uno mira el promedio de hombres y mujeres el de hombres es complicado; el año pasado eran 76 en 100, es decir 76 hombres y 24 mujeres. Muchas veces se insiste con el tema de los talleres y los talleres... Y creo que no nombré la palabra «talleres» porque lo que buscamos es eso –creo que lo dije–: los centros de escucha a nivel comunitario en todo el departamento, la primera escucha, que no es un consultorio en una policlínica, tiene que estar fuera de la policlínica, tiene que ser a nivel comunitario. El otro día en la reunión con el Intendente Levratto le planteábamos esto y expresó que quería la idea de un centro de barrio integral. Nosotros queremos sumarnos a eso con esta propuesta de tener centros de escucha con gente que requiere capacitación y –como tú bien lo dijiste– con gente que no la requiera, lo que sí requieren saber ellos es qué hacer o a dónde derivar a la persona una vez que la escucha, porque si lo escuchamos y no sabemos qué hacer vamos a tener a una persona con su problema y a otra que la escuchó frustrada porque no sabe qué hacer. Entonces, hay que mejorar eso. Nosotros vamos por eso: por los centros de escucha, no les vamos a poner un cartel, sino que van a ser centros de escucha. Si una persona va a un taller de peluquería de la Intendencia el tallerista tiene que estar entrenado en algunas cuestiones vinculadas a salud mental, porque en ese momento él es el centro de escucha. Queremos que en todo el departamento la gente que trabaja con los gurises en educación física, por ejemplo, o a nivel de educación en general sea un centro de escucha y a su vez sepa a dónde derivarlos. Pensamos así esta construcción, más allá de lo que hablamos sobre la necesidad desde lo asistencial. (kg)/

Creo que coincidimos en muchas cuestiones, pero cuando usted dice: «Basta de talleres. Hay que aterrizar...». Sí. El taller no lo conseguimos si no está dentro del marco de un plan. Por eso trajimos el Plan, porque mucha gente no lo conoce y esto está contemplado ahí. Y está contemplado también un sistema de evaluación, es decir, cómo

va marchando. Está contemplado a nivel de las prestaciones, en los prestadores públicos y privados en ASSE, por ejemplo, el seguimiento de los intentos de autoeliminación desde hace más o menos unos 10 años. Hay una ordenanza que dice que hay que hacerle un seguimiento a quienes han tenido intento de autoeliminación, tenemos que evaluar cómo hacerlo y saber cuántos intentos tuvo previamente la persona que llega al suicidio. Ahí hay variaciones, muchas variaciones, porque depende –entre otras cosas– de la patología.

En este tema del suicidio, que es multicausal, en lo personal –aunque no tengo forma de demostrarlo– creo que hay tantas causas como situaciones. Es decir, todas son distintas. Entonces, no hay una única solución.

Por lo tanto y de acuerdo con lo que dice la gente que conoce del tema hay que abordarlo con un perfil netamente comunitario. Por eso decimos que es entre todos. Y el «entre todos» no es ir un día al Teatro Miguel Young a un taller, aunque sea el mejor psiquiatra del mundo el que lo dé, y después no quede nada más que lo que nos dejó a quienes fuimos. Taller sí –no sé si fui claro en la exposición–, pero este trabajo debe ser a nivel comunitario.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señora Edila Paraduja.

SRA. NANCY PARADUJA. Gracias, señora Presidenta.

Solicitó la palabra otra vez solamente para dejar un pequeño aporte.

Hablábamos de comunicación y de difusión, ¿verdad? Estaba pensando en que tal vez sería bueno llamarlo «Río Negro te escucha» o «Tus vecinos te escuchamos», algo así, y que haya un teléfono específicamente de Río Negro para una atención más inmediata. Porque a veces las personas dicen: «¿Para qué voy a llamar si me derivan a Montevideo y de Montevideo...?». Hay que probar y hacerlo, pero es así. Entonces, sería bueno poder decir: «Mirá, acá en Río Negro tenemos “este” teléfono que es el que te va a brindar la atención».

La otra aclaración que quiero hacer –quizás no me expresé muy bien– es que a mí lo que me preocupa es la depresión, que es el primer síntoma que aparece en una persona; que ante los síntomas en particular de depresión podamos llegar rápido.

Gracias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. En Río Negro hubo una experiencia hace muchos años con la doctora Silvia Pelaez, que se llamaba «Último recurso» y funcionaba cada 15 días acá y cada 15 días en Young. Ella decía que toda esta experiencia del teléfono surgió hace más de 150 años en un pueblo –no me acuerdo en qué localidad– donde se suicidaba mucha gente y el cura de ese pueblo empezó a pegar carteles en los árboles con un texto: «Si precisas ayuda llámeme. Estoy en la iglesia». De ahí surge la idea del llamado. No descarto para nada que haya una línea local, habría que verlo, pero el asterisco 0769 ya es nacional, es distinto al 0800.

Ahora, la gente que está en esa situación lo que precisa es al que está al lado. En mi opinión –siempre me gustó la parte de Emergencias–, si queremos reanimar más pacientes en paros cardíacos no precisamos más ambulancias y más rapidez, precisamos al que está al lado del paciente que cae en paro, que sepa lo que tiene que hacer y a quién llamar. Si no hace eso la expectativa de sobrevivir de esa persona en paro cardíaco va a ser cero. Y a esto yo lo relaciono de la misma manera: es fundamental el que está al lado,

el compañero de trabajo, el compañero de estudio, el familiar, el que se da cuenta, etcétera.

Entonces, la línea telefónica sí es importante. En lo local habría que estudiarlo, pero hoy en día hay una línea nacional que –hasta donde yo sé– funciona bastante bien, pero, por supuesto, no le puedo dar todas las garantías.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, licenciada.

LIC. SILVIA SUHR. Quiero mencionar dos focos.

Uno es este que dice la señora Edila Paraduja. La doctora Magdalena García, que trabaja en Psiquiatría Infantil, lo expresa con mucha claridad: «Nuestros niños necesitan *aldeas*». Y se acuerda de ese concepto de que la vecina del barrio –que capaz no tenía estudios– intervenía cuando dos niños se peleaban; el vecino lo educaba y lo cuidaba.

Creo que hay una parte de este concepto de aldea que trae la señora Edila Paraduja de que si tenemos un amigo le preguntemos...

Pero es verdad que puede que eso no sea suficiente. Es totalmente comprensible y en este concepto comunitario no todos hacemos lo mismo porque estamos situados en lugares distintos.

El tema de los seguimientos... Paso más a lo formal y a este sistema de salud. Estaba mirando los años porque soy horrible para las fechas, y la ordenanza que le da origen al Registro Obligatorio del Intento de Autoeliminación por parte de los prestadores de salud se aprobó en el 2012. Eso significa que así como un médico cuando detecta un caso de cólera obligatoriamente lo tiene que notificar al prestador y al Ministerio de Salud Pública, también tienen que ser notificados obligatoriamente los intentos de suicidio. Esto dio origen a todo un proceso –hasta el 2016– con un protocolo muy claro de seguimiento durante seis meses por parte de los equipos de salud mental. Esta situación está heterogénea en el departamento.

El equipo que trabajó con nosotros, el de la coordinadora de psicólogos en prevención, nos propone que el equipo del hospital, que está funcionando bien en este tema –para ellos de bien a muy bien–, sea, por ejemplo, como una referencia para el resto de los equipos del departamento.

Estas cosas concretas están planteadas en el Plan, no son imposibles de llevar a cabo para nada y ya están en marcha. A esto me refiero cuando hablo de heterogéneo. El Ministerio nos propone hacer un sistema de seguimiento durante seis meses, que empezó tímidamente primero con llamados telefónicos, con revisión de historia simplemente para corroborar que el usuario estuviera asistiendo regularmente a sus controles, y hoy se acompaña a esas personas con entrevistas personales para constatar la evolución. Que eso inhibe un 100 % de que se agraven los casos, no; que mejora la evolución de estos casos, está probado y está protocolizado. Entonces, creo que es muy efectivo también trabajar en esa línea con el trastorno mental severo, por ejemplo, para evitar descompensaciones, y esas cosas que se hacen son para repicar y para institucionalizar. Hay algunos aspectos que todavía están en un plano entre la idea y la práctica y otros que ya están en proceso de institucionalización. Hay que homogeneizar estas cosas para las que existen ordenanza, protocolo, reglamento.

Esa es más o menos la propuesta.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señora Edila Mascareña.

SRA. MARIANA MASCAREÑA. Muchas gracias, señora Presidenta. Buenas noches. Gracias al doctor Valiero y a la licenciada Suhr por presentarse.

Lo que trabajaron Silvia, Fabiana y Andrés en este proyecto...

LIC. SILVIA SUHR. Perdón, y Juan Gorosterrazú.

SRA. MARIANA MASCAREÑA. Mi preocupación también es sobre lo que expresaron el señor Edil Casaretto y la señora Edila Long en cuanto a la sala de internación del hospital de Young porque concurren de todas las localidades de la zona norte y muchas veces, por cercanía, pacientes de San Javier. Cuando estaba en el Ministerio de Desarrollo Social, en mi tarea anterior, durante un fin de semana teníamos tres o cuatro personas internadas por orden judicial con problemas de salud mental y adicciones, y sé lo que complicaba eso. Muchas veces se coordinaba con Paysandú, pero no siempre se llegaba a una atención. Por eso celebro que se vayan a derivar acá, a Fray Bentos, a pesar de que no tenemos tanta conectividad. Más allá de que Fray Bentos es la capital, Young y la zona norte tienen muy poca conectividad con para llegar acá. Pero está bueno que podamos contar con eso porque sé cómo funciona acá –los lugares, obviamente, siempre son escasos–, se trabaja bien y hay más recursos, más médicos, más psiquiatras que en Young.

En Young se conformó la policlínica, estuvo el doctor inaugurándola, y se aumentaron las horas del doctor Onetto, que es quien hace las policlínicas, también van residentes; pero bueno, eso no alcanza para la situación en la que estamos actualmente.

Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Conceptualmente es tratar de resolver los problemas a nivel local, si no departamental, si no regional. Lo que no nos puede pasar es que haya un lugar de internación, por ejemplo, en Paysandú y que Young tenga que derivar un paciente a Maldonado. A eso nos referíamos. No necesariamente los pacientes de Young tienen que venir para acá. Hay un problema de conectividad, pero también hay vehículos a nivel de Salud Pública, privados o lo que sea, y tiene que existir una especie de coordinación. (tm)/ Desde hace 20 años, más o menos, funciona muy bien la coordinación de camas del CTI, llámás y te dicen: «Hay una cama libre en “tal” CTI». Tenemos que llegar a algo parecido, por lo menos a nivel regional: el hospital de Fray Bentos tiene una sala de internación, ¿cuántas camas hay?, ¿cuántas disponibles?, ¿cuántas en Paysandú?, ¿cuántas en Trinidad, en la región? De esta forma se podría llegar a que no pase lo que decía la señora Edila Long de que la visita la pasa un médico internista que está en contacto con el psiquiatra, pero el especialista lo ve una vez cada tanto. Hay que mejorar eso. Ahora, ¿eso es una acción inmediata?, ¿una sala de internación en Young ya? No. ¿Un psiquiatra ya nuevo en Young? Difícil. Lo que podemos hacer ahora es tratar de coordinar mejor lo que tenemos. Pero coincido con lo que planteaba la señora Edila.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Tiscornia.

SR. FABRICIO TISCORNIA. Gracias, señora Presidenta.

Muy buenas noches para todos, señoras Edilas y señores Ediles, Director Valiero, licenciada Suhr y a todos los presentes.

Estaba escuchando con atención.

Celebro que el señor Edil Milesi haya traído el tema a Sala y celebro que el señor Edil Serres haya solicitado esta convocatoria. Es un tema complejo, muy delicado, que nos toca a todos de cerca o de costado –por decirlo de alguna manera–.

Hay algo que quiero plantear aprovechando que ustedes están acá. Hoy se expresó que hay problemas que vienen desde hace 150 años, y este es uno de ellos: el servicio de ambulancia no llega hasta Las Cañas. Quizás no es el día, pero quiero dejarlo sobre la mesa porque cuando vino la Ministra Lustemberg se lo comenté y me dijo que se iba a hacer una especie de paquete a nivel país ya que es algo que pasa en varios lugares...

SRA. PRESIDENTA. Disculpe, señor Edil, se está saliendo de tema. Estamos hablando de salud mental.

SR. FABRICIO TISCORNIA. ¿Y no se puede tomar como salud mental que una población que está a 8 km de Fray Bentos, de la capital departamental, no tenga servicio de salud? Hago esa pregunta porque el Director hoy dio una definición de salud mental y entendí que está dentro de eso. Por eso hago la consulta.

SRA. PRESIDENTA. Pero usted está hablado sobre el tema de ambulancia hacia Las Cañas.

SR. FABRICIO TISCORNIA. ¿Y eso no se puede tomar como un problema de salud mental?

SRA. PRESIDENTA. Se está saliendo... Por eso pedimos...

SR. FABRICIO TISCORNIA. Bueno, corto el tema y lo presento después.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Un simple aporte. Esa preocupación que planteaba el señor Edil Tiscornia es tal cual. Nosotros no dijimos «esto hace 150 años que pasa». Nosotros asumimos la responsabilidad ahora porque hay una historia, pero también dijimos que hay mucha gente que durante muchísimos años hizo mucho trabajo en este y en otros temas, pero no dieron los resultados esperados porque el índice de suicidio ha subido en los últimos 25 a 30 años. Simplemente hicimos una alusión hacia atrás, pero no de la forma en que la plantea el señor Edil, con todo respeto. Sí tenemos un problema con la ambulancia de Las Cañas, es verdad. Calculo que el señor Edil se refiere a la emergencia que pudiera pasar ahí. Con mucho gusto nosotros podemos venir otro día e inclusive invitar a la gente de ASSE para hablar de este tema, dado lo que dijo la señora Presidenta. Estamos a las órdenes, por supuesto.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Serres.

SR. JUAN SERRES. Buenas noches. Les agradecemos por venir a hablar de este tema.

Dije en Sala el otro día que este es uno de los principales problemas que tienen Uruguay y el mundo tal vez. Estamos viviendo una pandemia de salud mental. Creemos que nosotros podemos difundir, dar información o colaborar en lo que se pueda, pero la gente que está capacitada y que dicta las políticas de salud pública es la que tiene que

tomar este tema por delante y transmitir lo que se va a hacer, que es lo que vinieron a hacer hoy.

Me alegra enormemente que estén trabajando fuerte y principalmente en la prevención ya que por ahí arranca todo. El tema de poder difundir y tener centros de escucha me parece excelente. Creo que nosotros lo único que podemos hacer, más que cuestionar, es preguntar para poder retransmitir. Hay temas que la gente nos plantea de manera recurrente, como el de los profesionales. Entendí perfectamente por dónde empieza el planteo, pero el tema de la falta de profesionales en el ámbito de la salud mental es recurrente. Incluso, si no se reciben uruguayos o no hay tanta cantidad en el interior, creo que deberíamos recurrir a extranjeros, como en otras especialidades médicas. No sé si se puede. Lo digo a modo de consulta porque también la gente nos pide respuestas a nosotros.

Lo segundo es que hay que desestigmatizar las terapias. El problema social en Uruguay es que parece que el que va a terapia tiene problemas; mi hijo, por ejemplo, hace terapia y no tiene ningún problema. Sería bueno que nosotros empecemos a concientizar que ir a terapia es algo normal y eso también tiene que estar arriba de la mesa.

Lo tercero son los tiempos en la atención de salud mental. Comparto totalmente, y ustedes son los que más saben, que es una de las dificultades que hay, porque el que tiene problemas de salud mental lo tiene *ahora* y a veces los tiempos no acompañan. Van a tener que trabajar muy fuertemente para achicar los tiempos. La preocupación de toda la sociedad hoy es sobre la salud mental, pero resalta más cuando hay suicidios. Nunca voy a entender por qué cada tanto hay una ola de suicidio y suceden tres o cuatro juntos y después se frena. Esa también es una preocupación para la gente.

Lo otro es con respecto al tema drogadicción. Hace una hora me llamaron dos madres de la zona de Villa Tranquila –estuve reunido con ellas y justo coincidió que venía para acá– y me hablaron de todo el panorama que viven. Todos sabemos lo que vive una madre, no solo por el problema del chiquilín con drogadicción... en uno de los casos quiere internarse, pero a veces no están las disponibilidades o se lo rechaza... Cuando van a Ciudadela tienen que esperar y a veces no llegan a atenderlo y el chiquilín se va... Me relataron todo ese proceso y me contaron también que cuando van a psiquiatría se encuentran con gente que va por el tema de drogadicción y con gente que está por otras patologías, y al ser dos cosas diferentes las familias no conviven de la mejor forma. Entonces, cuando se haga el diagrama de un nuevo centro o se agrande el que tenemos debería pensarse en eso, en separar y buscar otro espacio más grande. Lo sabrán ustedes, por eso la pregunta.

Me parece que la concientización de los ciudadanos y el trabajo en red es lo que nos va a sacar adelante, pero como son ustedes los que saben para mí era importante que vinieran a una extraordinaria para difundirlo más. El planteo inicial era con los coordinadores y la señora Presidenta, pero no iba a tener la fuerza que podía tener desde la Junta Departamental. Por eso fue el planteo.

Hice algunas preguntas, si están en condiciones de responderlas..., y si no no hay problema. Me parece que la salud mental transversaliza toda la sociedad, transversaliza los partidos políticos, transversaliza a la familia. Por eso para nosotros en este tema no tiene que haber discusión política. Sí queremos saber qué se puede aportar desde un núcleo como la Junta Departamental para transmitirles a las familias que nos plantean estas cosas.

Les agradezco por haber venido. (nr)/



SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el Director Valiero.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Cuando le planteamos a la señora Presidenta la posibilidad de concurrir a comisión, en realidad fue porque no teníamos mucha idea de cómo es el funcionamiento; mi pasaje por acá fue un solo día como suplente... Nos pareció bien la idea porque no era venir a exponer en una pantalla ni nada de eso, sino que se diera un intercambio porque de esto aprendemos todos los días.

El tema de salud mental sí está asociado al consumo. Cuando hablamos de las prioridades dijimos: salud mental y consumo. Así como hablamos del centro de escucha y de trabajo comunitario a nivel cultural, deportes y demás, también se incluye la prevención del consumo. Si nosotros como sociedad, como comunidad, como Estado, como institución dejamos espacios libres otros los ocupan. Es así y queremos empezar a ganar esos espacios nuevamente.

Hace unos cuantos años que está funcionando el dispositivo Ciudadela, no se requiere número, pero a veces puede haber alguna dificultad –no es mucha–. Sabemos que en el período anterior –y hoy aquí nos acompaña la ex Directora de Políticas Sociales, señora Amarillo– se trabajó en una casa de día, pero no se llegó a concretar. En cuanto a lo que hablábamos de seguir algunas políticas vamos a continuar en esa línea de tratar de instalar una casa de día, mejorar el Ciudadela porque sigue estando en la departamental –conseguir otro lugar para que sea solo del Ciudadela–, a eso agregarle un centro de día y tratar de separar lo que es el consumo puro de la patología siquiátrica –la desintoxicación por un lado y la patología siquiátrica por otro–. Cada vez se da más lo que se llama patología dual: trastorno siquiátrico y consumo o consumo que termina con trastorno siquiátrico –lo podrá explicar mejor Silvia–. Tenemos que buscar la forma de separarlos porque actualmente están juntos.

Hay un compromiso asumido por la Ministra Lusterberg en el mes de mayo que se trata de instalar un centro de rehabilitación con internación en el litoral para personas con consumo problemático de sustancias –tiene que ser en el litoral–. Nosotros propusimos el departamento de Río Negro en la lógica de que Río Negro está en el medio de la base de un triángulo que es el río Uruguay –la base–; estamos a la misma distancia de Paysandú que de Cardona, a 30 km de Mercedes, a 100 km de Young... ¿Se entiende la idea? Si bien tenemos dificultades en el transporte estamos en un lugar bastante estratégico para poner un centro de esas características ya que lo más cercano que hay es CasAbierta en Artigas y en Montevideo. La Ministra asumió ese compromiso, no va a ser inmediato ni ya, pero estamos en esa línea de trabajo.

Aprovecho para plantear algo. Es bueno leer el Plan Departamental porque muchas de las cosas que se han planteado aquí están escritos en él, tal vez en otros términos. Si bien se habla de un Comité Ejecutivo, que es el que ejecuta el Plan, si la Junta así lo entiende no tenemos inconveniente alguno en integrar una comisión de seguimiento donde participemos nosotros, la Intendencia, los prestadores y la Junta, y realizar un seguimiento cada tres o cuatro meses para ver cómo va todo esto, porque la información es importante y más para ustedes como representantes de la ciudadanía. Nosotros no tenemos inconveniente y se puede agregar al Plan; como expresaba Silvia, no es algo estático. Si la Junta lo considera me parece una buena idea, no todos los meses, pero quizás cada tres..., la Junta decidirá cómo y nosotros no tenemos inconveniente en venir y contarles: «esto se pudo conseguir, esto no, vamos por “acá”, vamos por “allá”...». A su vez, recoger esto para nosotros ha sido muy ilustrativo. Queda un poco el planteo de dónde participa la Junta hoy.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Suhr.

LIC. SILVIA SUHR. Retomo un poco el espíritu de las preguntas de los señores Ediles Milesi y Serres. Ustedes me dirán si es un tema de competencia para que la Junta pueda tomarlo como de interés en algún momento, por lo menos de apoyo.

Una de las conclusiones que saca el Plan es que tenemos un hogar en Fray Bentos que todos conocen y que necesitamos mejorar: La Pileta. Eso está expresado. Es un hogar con el que convivimos desde hace mucho tiempo y un clarísimo ejemplo de acción intersectorial. A ese hogar no lo mejoran solo la Salud, la Intendencia, Vivienda... Ahí tenemos una realidad instalada en nuestra ciudad desde hace mucho tiempo que se merece que no le demos la espalda y que mejoremos su calidad de vida. Eso es trabajar en clave de salud mental y de derechos humanos. No sé si va dentro de las cosas que este grupo también puede tomar como impulso, como apoyo o como iniciativa, tomar en cuenta esa recomendación que también está expresada.

No me quería olvidar de eso. Disculpen si me salí un poco del tema específico de la problemática de adicciones, trastornos mentales severos o patologías duales que tienen una complejidad mayor de atención –como dice el doctor Valiero–.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Casaretto.

SR. MARCELO CASARETTO. Gracias, señora Presidenta.

El doctor Valiero habló mucho y varias veces sobre recursos. Quiero saber de qué constan y cómo llegan al departamento, si son económicos, materiales, recursos humanos... Porque, en realidad, hay distintos organismos o Ministerios que están involucrados, incluso la Intendencia. Para mancomunar todo eso en un engranaje, ¿cómo viene?

Por otro lado, veo que tiene un libro sobre el Plan y me gustaría que pueda ir a las bancadas porque es algo muy importante.

Como moción solicitaría que la Comisión de Asuntos Internos pueda estudiar la posibilidad de que la Junta Departamental tenga una comisión de salud mental y drogas.

Gracias, señora Presidenta.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el Director Valiero.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Cuando hablamos de recursos es más que nada a nivel asistencial, que es lo que se está tratando de conseguir si estamos hablando de más siquiátras y algún sicólogo más. Pero a nivel comunitario lo que vemos –y es fácil de constatar– es que hay muchos recursos de distintas instituciones y muchas veces nos estamos superponiendo en acciones entre ASSE, el Mides, la Intendencia, el INAU... Ahí tenemos una gama de recursos donde quizás no sea necesario pedir más cantidad, sino coordinarlos, porque ya están trabajando, conocen el medio y demás.

Creo que cuando nos referimos a recursos son recursos más en materia de algún siquiátra y algún sicólogo para tratar de atender un poco más rápido; la idea es mejorar el primer nivel para que lleguen menos cantidad de pacientes al siquiátra, los casos que realmente urgen, y tratar de conseguir algún recurso de segundo nivel. A eso nos referíamos en el tema recursos.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señora Edila Long.

SRA. MARGARITA LONG. Me parece que no es suficiente solo con el programa Ciudadela, entonces mi pregunta –para variar, doctor Valiero– va a ser puntual y bien contundente: ¿qué tiene pensado este Plan Departamental en cuanto a la prevención de la drogadicción sabiendo que es uno de los principales motivos de las patologías mentales de hoy en día?

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el Director Valiero.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. No sé si es el principal, pero que influye, influye. No tengo estadísticas de todas las patologías en cuanto a salud mental, que van desde las crisis de ansiedad hasta la psicosis y los trastornos más severos y permanentes. Que influye está claro. Hace un momento dijimos que vamos por todos niveles. Esos centros de escucha a nivel barrial, que es cierto que no están y tampoco estuvieron, la idea es instalarlos con personal técnico y no técnico, con la empatía de la que hablaba la señora Edila y con un mínimo de capacitación. (lp)/ Potenciar el Ciudadela significa sacarlo del lugar de donde está porque es tanta la cantidad de gente que concurre que se nos dificulta ya que funciona en la Dirección Departamental de Salud. Hoy estuvo la gente de la Junta Nacional de Drogas acá en Fray Bentos y hablamos de eso. Una vez que se requiere internación..., en realidad se llama Ciudadela por la puerta de entrada, es una puerta de entrada al sistema, ahí lo que se recibe es la consulta, la orientación, una primera intervención y si hay que hacer algo más hay que derivarlo. Lo que pasaba hace 15 años es que la gente nos paraba en la calle y nos decía: «¿Adónde puedo ir porque mi hijo está consumiendo?». Con el Ciudadela lo que tenemos es que es un lugar que, sin número, sin agenda previa, no sé le pregunta si es público o privado, sin cobro de *ticket*, se recibe, se atiende, se orienta y se deriva. En caso de derivación cada prestador se tiene que hacer cargo, ASSE de sus usuarios y el prestador privado de los suyos. Ahí tenemos algunas dificultades –como planteaba el señor Edil Serres– en cuanto a la internación de patologías psiquiátricas y demás. Lo que está planteado es sacar la desintoxicación del área de salud mental, la desintoxicación pura, no el paciente psiquiátrico ni eventual, ir hacia el centro de día –decíamos que Patricia Amarillo había trabajado en esto en el período pasado y no se concretó, entonces tratar de avanzar en eso– y cumplir en el período con el compromiso de tener un centro de rehabilitación con internación en esta zona del litoral. Esto es lo que está pensado.

¿Qué tenemos hoy? El Ciudadela y la posibilidad de internación en las condiciones que hay. Lo que queremos es no dejar los espacios vacíos a nivel comunitario porque –como decía hace un momento– si dejamos los espacios vacíos los ocupan otros, ya sabemos quiénes y los problemas que traen.

No sé si quedó contestada la pregunta.

(Dialogados).

Lo que puedo contestar es que si dentro de dos años venimos acá y estamos hablando de lo mismo... me voy para casa. Ahora, hay cuestiones que no se arreglan en un mes, dos meses o seis meses; si estamos hablando de un centro de rehabilitación estamos hablando de que hay que hacer un trabajo que no lleva seis meses. No sé si me explico. Los plazos... Uno entiende la urgencia; nosotros también somos usuarios, no precisamos que nos vengan a decir cuál es la urgencia. Los plazos no los definimos nosotros, los definen las situaciones que se nos van dando y muchas veces dependen de otras cuestiones. El trabajo a nivel comunitario depende de organizar y articular lo que

hoy ya existe, que está trabajando bien, pero cada uno por su lado. Si tenés almas solidarias, madres por «esto» y por «aquello» y cada uno va por su lado... Hay que coordinar esos recursos.

Eso es lo que podemos decir hoy. Ahora, nosotros no podemos venir a decir acá que mañana el hospital de Fray Bentos –nos acompaña el Director De Giobbi– va a contar con cinco psiquiatras nuevos, no lo podemos decir; porque estamos trabajando, no en cinco, pero sí en alguno más.

Sé que no le va a convencer, pero...

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Edila Long.

SRA. MARGARITA LONG. Una cosa es tratamiento y otra es prevención. Lo que estaba preguntando es qué se tiene dentro del Plan puntalmente en cuanto a prevención. No sé si me explico.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. No sé si me escuchó. Desde que comenzamos la exposición lo hicimos insistiendo fuertemente en lo que es la promoción y prevención con el tema del acceso a la cultura, al deporte, a la recreación. Todo eso es promoción de salud. Mejorar las condiciones de vida es la mejor política de promoción de salud de todo. Le pongo un ejemplo: si quiere disminuir la incidencia de infarto agudo de miocardio no se precisan más CTI, se precisa una política antitabaco como se realizó durante todos estos años, que llevó a que en 10 hubiera 300 infartos menos por año. Esto es lo mismo. Si nosotros no trabajamos en mejorar las condiciones de vida, en el acceso a la cultura, al deporte, en los centros de escucha y todo lo demás, en el centro del litoral no precisaremos uno sino dos o más. Entonces, todo ese proceso de salud-enfermedad va atado a la promoción hasta la rehabilitación, hay que trabajarlo todo de forma integral.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Edila Long.

SRA. MARGARITA LONG. Lo mío era puntual porque ya es un tema instalado. Es saber puntualmente si hay un Plan de prevención *puntual* para un tema ya instalado que entendemos que es uno de los problemas graves que hoy tenemos en cuanto a patologías mentales.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Bien.

Nosotros venimos con el ánimo de intercambiar. No somos Ministros de Estado para que nos interpielen. Me está pareciendo como una interpelación. Pero con mucho gusto le vuelvo a repetir: llevar la cultura a los barrios, el deporte, los centros de escucha, ese tipo de actividades son medidas *puntuales* para actividades de *promoción*. Las actividades de promoción y prevención no se evalúan en una semana, en un mes o en un año, porque se estaría evaluando lo que no ocurre. Para evaluar lo que ocurre se precisa un tiempo determinado; cuando se trabaja en prevención no se mide en una semana o en un mes –no sé si me explico–. Las acciones que vayamos a tomando tienen la importancia de que, primero, se están empezando; segundo, tienen que tener continuidad, y tercero, saber que es una evaluación continua, pero el resultado es a *posteriori*. En el ejemplo del tabaco, cuando se instaló la política antitabaco el primer mes no se vio resultado, a los 10 años bajaron 300 casos.

Entonces, me parece que va por ahí. Más respuestas no tengo, si quiere seguirme preguntando...

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el señor Edil Merello.

SR. RODOLFO MERELLO. Buenas noches a todos.

Muchas gracias, doctor Valiero, licenciada Suhr y a las instituciones que representan, por estar acá explicando, presentando este tema, poniéndolo en la agenda. Ojalá esté siempre presente porque nos ayuda a todos.

Comparto el enfoque interinstitucional y multidisciplinario. Me parece que en alguna medida somos todos responsables los vinculados a este tema. El acceso al trabajo..., alguien mencionaba el tema de la caminería, una cosa que parece tan lejana, tiene que ver con esto. El acceso a un techo, al deporte, a las actividades culturales, a la recreación, tiene todo que ver y puede ayudar en alguna medida a minimizar y a que a ustedes no les lleguen casos porque ustedes, en definitiva, son rectores de esto, cuando hay un problema así no vamos ni a la Intendencia ni al Mides ni al centro de barrio ni a la escuela, concurrimos a la policlínica, al hospital o a la mutualista, ¿no?

En ese sentido y teniendo presente que nuestro hospital local es el único del departamento que posee espacio de internación psiquiátrica y, por otro lado, también es el más completo a nivel local-departamental en atención vinculada a salud mental, quiero consultarles ¿cuál es el rol que le cabe a esta institución concreta y cuál es el que les cabe a las otras instituciones, a las privadas y a los otros espacios, al hospital de Young, a las policlínicas? ¿Qué rol juegan cuando la persona ya llegó ahí? Porque ojalá hagamos cosas para que no lleguen, pero lleguen.

Gracias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR. DPTAL. DE SALUD. Lo que habíamos planteado es eso. No voy a repetir la historia de la Sala de Psiquiatría del hospital porque todos la conocen... La idea planteada, y ya está trabajando Arquitectura de ASSE, ha venido al hospital y se está trabajando en el proyecto de remodelación de esta sala, que incluye agrandarla... (kg)/ Hoy tenemos 11 camas y la idea es llegar a tener 15 o 16.

Pero a su vez, si nosotros tenemos instituciones... Lo que usted dice del hospital de Fray Bentos es así; es el que tiene más recursos en cuanto a esto, hay infraestructura y recursos humanos; la Red de Atención Primaria en eso está bastante bien organizada, nos faltan algunos recursos que se están gestionando, sobre todo en el área de psicología. La idea es no tener internaciones chicas en las cuatro instituciones –por decirlo de alguna manera–, sino tratar de tener un único servicio de mejor nivel, de primer nivel, y que sea de alguna forma complementado entre las distintas instituciones. Esto es un convenio de complementación y es lo que hablábamos hoy sobre el Sistema Integrado de Salud. Tenemos un sistema, que es nacional, que es de salud, pero en muchos lugares nos falta integración y es lo que tenemos que tratar de lograr. Nosotros estamos convencidos de que en este tema de internación debemos llegar a un convenio de complementación, después los prestadores –ASSE y el sector privado– se pondrán de acuerdo en la forma, pero no superponer esfuerzos ni recursos porque ya sabemos que los recursos son pocos. Si nos cuesta traer *un* psiquiatra para hacer una policlínica, más nos va a costar traer un psiquiatra para «acá», otro para «allá»... Y no es lo mismo que en otras especialidades, el psiquiatra tiene que estar.

No sé si quedó más o menos claro.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Merello.

SR. RODOLFO MERELLO. Quedó bastante claro.

Me gustaría saber cuál es el rol...

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Sí, del hospital.

SR. RODOLFO MERELLO. Entiendo lo vinculado a la salud pública. También me gustaría saber cuál es el rol que tiene la salud privada, los prestadores privados.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. El sector privado tiene que cumplir con lo que está establecido en el Programa de Prestaciones de Salud.

En el departamento hoy en día el sector privado tiene que trasladar los pacientes a otros lugares porque no posee la capacidad locativa ni recursos calificados como para tratarlos acá, y eso implica un montón de complejidades. Para una familia que tiene dentro de su núcleo un paciente con trastorno mental, tener que ir a otros lugares como, por ejemplo, Rosario –que es lo más cercano a donde a veces se manda– o Montevideo... La idea es tratar de que haya una complementación público-privada o pública-pública –porque en el departamento también tenemos otros servicios de salud que son públicos– para que los recursos se puedan complementar entre las instituciones y la mayor cantidad de pacientes que deban ser internados se internen acá y en el hospital de Fray Bentos porque es el que está más avanzado en eso.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Amorín.

SR. MATÍAS AMORÍN. Gracias, señora Presidenta. Buenas noches.

Gracias, doctor Gerardo Valiero y licenciada Silvia Suhr por estar exponiendo este tema que trajo a Sala en la sesión anterior el señor Edil Milesi, y agradezco también al señor Edil Serres por solicitar una sesión extraordinaria para intercambiar sobre estos temas que son muy importantes, de trámite urgente y de alta sensibilidad.

Voy a tratar de ser concreto porque veo que ustedes están cansados y a veces se reiteran mucho las preguntas.

Quiero abordar un asunto que creo que no se ha tocado y que no es menor cuando hablamos de promoción a través de la cultura, el deporte, de las instituciones...

En la campaña previa a las elecciones, con la Diputada Long –que por suerte está presente– hicimos una recorrida por todo el departamento y visitamos muchas instituciones donde los temas de salud mental y drogadicción están presentes, todos lo sabemos, no es nada nuevo. Planteábamos la posibilidad de tener un equipo ejecutivo que visitara esas instituciones, que hiciera esas visitas, y no sé si el Plan Departamental lo contempla, porque a veces la dificultad está en ir a atenderse o detectar... Esa es la primera pregunta que hago.

Estamos hablando de que el indicador de suicidios que tiene Río Negro hoy es del índice de un 35,5 por cada 100.000 habitantes. Es frío hablar de números porque son personas. Es un tema importantísimo: hay unas 35,5 personas que se nos escapan del sistema y

tenemos muchísimas herramientas que se vienen trayendo desde hace muchísimo tiempo, pero se nos siguen escapando. La idea es poder llegar a cero.

Una de las cosas a las que hizo referencia la licenciada Suhr es la calidad de vida. Aquellos países que tienen un índice más alto de personas felices son los que tienen indicadores más bajos de suicidios. Creo que apuntar a la calidad de vida implica todo lo que hoy estuvieron hablando sobre el tema de la promoción y trabajar a todo nivel y con toda la comunidad.

Pero hay un tema del cual creo que no hemos hablado: cómo prevenir y evitar el suicidio. Sabemos que el suicidio es de tratamiento multidisciplinario y a veces podemos entender las causas, pero otras veces no y se nos escapa. Y lo otro que hay que tener en cuenta es que los jóvenes tienen acceso a las redes y muchas veces, después de un evento de este tipo, nos encontramos charlando entre los vecinos sobre que hubo mensajes en Facebook, en Instagram, que no detectamos, pero una vez ocurrido el hecho todos hacemos eco sobre eso y decimos: «Si hubiésemos leído esto antes capaz esa persona hubiera tenido tratamiento». Esto va de la mano con tema del seguimiento que hoy mencionaba la señora Edila Paraduja: el seguimiento sobre esos pacientes, pero desde el lugar de las redes, desde ese lugar. Tener personas capacitadas que puedan detectar eso y no solamente en el diálogo personal a través del tratamiento con los médicos, sino tener gente que con el uso de las redes o la inteligencia artificial o los algoritmos pueda detectar alarmas sobre quienes realmente están mandando un mensaje y nosotros no lo estamos detectando.

Esa es mi consulta y creo que sería importante que el tema pueda ser una política nacional, por eso se lo planteo también a la Diputada Long para que lo pueda llevar adelante.

Gracias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, licenciada.

LIC. SILVIA SUHR. El trabajo de nuestro equipo fue recoger lo que era producto de los aportes de más de 100 personas que participaron en el Plan.

El tema del uso de las redes no aparece como una propuesta concreta de tratamiento. Hay países en el mundo buscando alternativas para el tratamiento del uso de las pantallas y, sobre todo, la protección de niñas, niños y adolescentes.

Probablemente, ni este grupo que elaboró el Plan ni Uruguay estén hoy con la suficiente organización para tematizar este tema en clave de salud mental con un rigor también de tomar acciones.

Creo que también en eso coincidimos. Todos estamos muy preocupados por eso, estamos muy preocupados por el efecto de la pantalla en todo lo que tiene que ver con salud mental. Hoy hablaban de la prevención en consumo, el circuito que activa en el cerebro..., la sustancia psicoactiva es el mismo circuito que activa la pantalla en uso excesivo.

La prevención no pasa solamente por hablar de drogas con niñas, niños y adolescentes, sino por hablar de todas estas prácticas cotidianas que están teniendo un potencial para enfermar o hacer padecer problemas –no voy a patologizar–. Creo que puede ser muy interesante. En la medida en que nosotros lo expresamos acá llegamos hasta donde la gente llegó con nosotros, pero este Plan quedó *abierto*.

Entonces, estas son las iniciativas que tenemos que ver cómo canalizamos y a qué actores capacitados... Yo hoy me puedo reconocer como una actora preocupada por el tema que

recién empezó a leer qué está pasando en otras partes del mundo con acciones relativas al uso de la pantalla con niñas, niños y adolescentes.

No me considero experta, pero si desde un Plan que tiene que tener vida útil de mediano y largo plazo surge una inquietud que nos haga buscar alternativas, capaz esas cosas son también las que tienen que darle vida a esto en una escritura que vendrá en otro momento.

No sé si se entiende hasta dónde puede llegar esto y hasta dónde tenemos que llegar con las preocupaciones que tenemos como sociedad.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Entiendo la preocupación y también la comparto.

No tengo forma de demostrarlo con alguna cuestión objetiva, pero estoy convencido que quien publica algo en las redes también ha dado *otras señales*. Eso es todo un tema.

No está incluido. Me parece bien que el señor Edil lo haya planteado y dentro de la lógica con la cual veníamos a esta reunión sí nos comprometemos a elevarlo al Ministerio de Salud Pública. Creo que la Diputada Long iba a tomar el tema o algo así...; lo dijo acá el señor Edil. Nosotros plantearémos en estos días la inquietud al Ministerio... Ojo, capaz que ya hay algo medio pensando y yo no lo conozco. En este Plan no se encuentra, pero está bueno y lo vamos a plantear. Si tenemos respuesta nos juntamos y vemos.

Cuando están los gurises frente a la pantalla lo sufrimos todos, porque buscás formas de conversar y te salen para cualquier lado... Pero de lo que sí estoy seguro es de que dio alguna otra señal. (tm)/

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, licenciada.

LIC. SILVIA SUHR. En clave de comunicación masiva hasta donde sí pudimos llegar a considerar el tema es en la necesidad de apoyar y capacitar a los medios de comunicación masiva, por lo menos en los locales, en lo que tiene que ver con cómo se transmite la información, qué hacer y qué no hacer. Y en la posibilidad de generar una página centralizada que tenga concentrada toda la información relativa a salud mental del departamento, lo que también lleva a acciones de las instituciones que tengan la posibilidad de armar ese portal porque la información bien utilizada también salva.

Hasta ahí se llegó en esto.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Amorín.

SR. MATÍAS AMORÍN. Muchas gracias por la respuesta. Es interesante y aporta a ese Plan abierto del que ustedes hablan. Son temas que no se pueden dejar de tratar en esta Sala.

Ya que lo van a plantear a nivel del Ministerio de Salud Pública quiero proponer armar –si es que no existe a nivel nacional– un plan piloto para Río Negro. Porque hablamos de que esto es un Plan departamental que toma normas nacionales e ideas también a nivel nacional, pero con matices territoriales. Entonces, quiero ver si se puede de alguna manera diagramar un plan piloto con respecto a esto aprovechando que tenemos a la Udelar y a la UTEC trabajando en áreas de este lugar; creo que sería importante



involucrar a los estudiantes para llegar con una comunicación diferente y que esto no sea tabú.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Totalmente de acuerdo. Vamos a tomar el tema. Quizás hay algo ya estudiado, pero no sabría decirlo en este momento. No está en el Plan, eso es verdad. Como decía hoy Silvia: esto es dinámico. Así que hay que sumarlo. Vamos a consultar y averiguar. Estamos de acuerdo.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señor Edil Pavloff.

SR. ÁNGEL PAVLOFF. Buenas noches. Les agradezco a ambos por haber venido.

Simplemente quiero hacer un breve racconto de algunas cosas que han mencionado porque me parece interesante resaltarlo.

Primero, la importancia de incorporar técnicos a las políticas públicas en algunas cosas. Muchas veces la tentación de la política de tomar medidas y generar políticas públicas y de Estado... Contar con un asesoramiento serio, objetivo, de gente que se dedica a los temas es fundamental desde todo punto de vista, sobre todo para darle seriedad al tema, para generar planes de acción y seguimiento; darle una base técnica es importante. Esto aplica para todo, no solo para este caso. Lo voy a resaltar porque creo que es muy importante que se siga haciendo así y que todo el Plan, su evaluación y demás sigan contando con ese apoyo porque considero que es para el bien de todos.

Se habló de fortalecer los distintos niveles de atención –sobre todo el primero–, la coordinación, la gobernanza, la distribución y organización de los recursos, la promoción de la salud, y ahí se mencionó a las instituciones, a la sociedad civil, a la cultura, al deporte, etcétera. Todo enfocado, entre otras cosas, para descomprimir la atención especializada y tratar de que los primeros niveles de atención tengan mejores herramientas para atender problemas de salud mental, en este caso. Considero que esto tiene una trascendencia mucho mayor que el solo hecho de la salud mental porque si uno se pone a ver entrevistas de todos los partidos políticos en cuanto a cómo solucionar los problemas de la atención primaria, no solamente en salud mental, sino en muchas otras patologías que tiene la sociedad, en todos los casos se habla de los mismos pasos: capacitar al primer nivel de atención, fortalecerlo, que tengan mejores herramientas para que puedan filtrar, atender y que no todo derive en la atención especializada. Entonces, creo que la evaluación y la implementación de este sistema, de este Plan de acción, puede tener derivaciones muy positivas, no solamente en el tema de la salud mental, sino también en la atención de otras patologías sobre las que muchas veces hay problemas por las carencias del sistema, justamente. Este Plan quizás sea la punta de lanza para fortalecer y cambiar un paradigma en la forma en que se atiende la salud de la población. Nosotros debemos tomar dimensión de la importancia de este Plan porque puede tener consecuencias positivas en la atención de la salud en todas las otras áreas que no fueron específicamente pensadas dentro del mismo. Por eso creo que la implementación y la evaluación son fundamentales para tomar ideas que podamos aplicar no solamente para la salud mental, sino también para otras áreas de la salud. Quizás esa sea tarea más para el Ministerio de Salud Pública en lo que tiene que ver con la generación de políticas públicas tomar en cuenta ese tipo de cosas.

Por otro lado, quiero resaltar el tema de la calidad de vida y cómo a veces nos enfocamos solamente en el ingreso como una medición de importancia, no decimos que

no lo sea, pero se da esta dicotomía o cosa rara de que Uruguay es el país de América Latina o de toda América, sacando a Canadá y a Estados Unidos, con mayor poder adquisitivo y, sin embargo, también es uno de los peores en tema de suicidios. Entonces, desde las instituciones públicas debemos tomar dimensión de que no todo viene asociado al poder adquisitivo y que tenemos algunas carencias que atender. Se da la paradoja de que los más viejos y los jóvenes son quienes tienen los peores índices de suicidios; entonces, no tiene vinculación con la edad, es multicausal. Tampoco podemos desatender que la población en Uruguay está envejeciendo y cada vez más; tenemos que empezar a pensar en cómo generar calidad de vida a los mayores. Los jóvenes..., el desempleo juvenil puede ser uno de los factores de importancia. Creo que al cambiar el paradigma en cuanto a la importancia de la calidad de vida, las instituciones de la sociedad civil y demás también tenemos que pensar como Gobierno, como Junta... Los servicios públicos...; mencionaron la caminería, pero vemos mucha desigualdad en cuanto a los accesos a servicios públicos y a la calidad en infraestructura pública en el departamento. Tenemos la tentación de pensar siempre en Fray Bentos porque la densidad poblacional explica, en parte, que haya demanda de servicios, pero en esos lugares donde las carencias de servicios públicos es general –no solamente en cuanto a la Intendencia– este tipo de factores también se ven agravados porque es mucho más fácil para un joven aburrirse al no tener nada para hacer en un pueblito del interior donde no hay casi nada, como sí puede haber en ciudades como Fray Bentos o Young, que tienen otras alternativas, el sector privado brinda servicios y también lo hacen la propia Intendencia o el Estado a nivel del ministerio de deporte y demás. Tenemos que empezar a descentralizar y pensar con otra cabeza para mejorar la calidad de vida en todo el departamento de la forma más equitativa posible.

Volviendo un poco a cómo puede desencadenar esto, considero que nosotros, en la evaluación que ustedes hagan de este Plan, también tenemos mucho para aprender con respecto a la implementación de políticas públicas en cosas que parecen, en principio, que no tienen nada que ver con la salud. Por eso creo que es muy importante estar al tanto de esa evaluación y hacer algún tipo de seguimiento.

No quiero ahondar en el Plan porque sinceramente no lo leí, así que no voy a preguntar cosas que están en él. Me comprometo a leerlo. Sí quiero hacer una consulta. Recién mencionaron la coordinación entre público-público, público-privado y privado-privado y la importancia del Sistema Nacional Integrado de Salud, que en algunos casos no está tan integrado como debería. (nr)/ En Río Negro tenemos la particularidad de que muchas personas de San Javier se atienden en Paysandú y lo mismo sucede con las de Young; las de Paso de los Mellizos se atienden en Guichón y las de Sarandí de Navarro en Paso de los Toros.

Entonces, hoy tenemos un problema –aparte de los que ya han mencionado–: cómo hacer que esa coordinación y esa integración público-público, privado-público, salga de las fronteras departamentales. Porque el desafío que hemos tenido con algunos cambios que ha habido en el Sistema Nacional Integrado de Salud es que se ha centralizado mucho la atención de la periferia del departamento en Fray Bentos; personas que antes se atendían en Paysandú ahora lo tienen que hacer en Fray Bentos en algunos casos, y lo mismo sucede con las de Mellizos y las de Sarandí de Navarro. El desafío es mucho mayor porque parte de esa punta de lanza que genera este Plan es cómo hacer para integrar por fuera de las fronteras departamentales y no caer en la tentación de volver a centralizar todo en Fray Bentos, empezar a hacer algo más regional –como dijo el doctor–, algo un poco más grande y pensar no solo en lo departamental... Prestarle

atención a lo departamental, pero con un enfoque distinto al que se está aplicando hoy en día en la salud.

Serían esos comentarios y la consulta sobre la coordinación e integración.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el Director Valiero.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Algunas cuestiones.

En materia de desarrollo de primer nivel esta es una política de hace muchísimos años en muchos países del mundo y estadísticamente entre un 70 % y 80 % de las consultas deberían resolverse en el primer nivel de atención sin necesidad de un especialista. Eso no pasaba en Uruguay y tampoco llegamos a esos números –la doctora Tiscornia tal vez me puede apoyar en algunos datos–.

En cuanto a este desarrollo de primer nivel, por el año 2010 se creó lo que se llamó la Red de Atención Primaria. Para hacerlo más claro, en Río Negro todo lo que no sea hospital de Fray Bentos, que es una unidad de ASSE –026–, u hospital de Young –040–, es la Red de Atención Primaria. ¿Qué se buscaba con eso? Porque ¿qué pasaba antes? Si había una enfermera en Nuevo Berlín y faltaba otra para la emergencia del hospital se traía para la emergencia del hospital y Nuevo Berlín quedaba sin enfermera, sin partera o sin médico. Si habrá pasado... Con la creación de la Red de Atención Primaria lo que se buscó fue potenciar el primer nivel. El que trabaja en la Red de Atención Primaria... Por ejemplo, yo soy médico de la Red de Atención Primaria, si el hospital me llama para cubrir una emergencia... no, porque soy de una unidad distinta. Si hay un acuerdo o una necesidad iremos. No sé si me explico. Eso llevó a cierta estabilidad en los recursos en el primer nivel porque siempre la urgencia era en los hospitales ya que los presupuestos eran bajos. Eso fue así históricamente.

El desarrollo del primer nivel de atención en ese sentido ya viene desde antes de este Plan. Eso sí requiere recursos y coordinación con el segundo nivel porque la persona que se atiende en la policlínica de Nuevo Berlín es la misma que se atiende en el hospital de Fray Bentos. Lo que tenemos que mejorar cuando hablamos de la coordinación es que la gente no esté golpeando cinco o seis ventanillas para ver... ¿No? Hoy en día, siglo XXI, que la gente no viaje tanto, que viaje más la información.

Esto sí es un puntal. Si logramos que avance entre todos –como dijo la señora Edila Paraduja– va a ser un ejemplo y está siendo un ejemplo que se está replicando porque Salud Pública tomó la iniciativa.

En cuanto a la complementación, quizás el público se puede complementar un poco más fácil, pero a veces hay distintos reglamentos; no son lo mismo sanidad militar, sanidad policial y ASSE. Pero esas cuestiones se pueden solucionar. Por ejemplo, hace dos días se firmó un convenio entre el hospital Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas –el Pereira Rossell depende de ASSE y el de Clínicas de la Universidad de la República– para cirugía oftalmológica; hay más de 300 niños que desde hace más de cinco años están esperando esas cirugías que el hospital Pereira Rossell no podía resolver y ahora se van a realizar en el Clínicas. Se logró un acuerdo. Lo que no podemos hacer es obligar acuerdos. Si dos personas no están de acuerdo o tienen distintos intereses en Uruguay no se puede obligar a nadie a ponerse de acuerdo, y creo que esa es un limitante y es lógico que así sea. No podemos estar obligando. Si entre el sector privado y el público los intereses son distintos o no les interesa acordar en algunos servicios podremos trabajar, tejer y demás, pero muchas veces no se logran por esos motivos.

Y coincido en que hay que borrar las fronteras departamentales. La gente de Sarandí de Navarro tiene que atenderse en Paso de los Toros, está en la tapa del libro.

Entonces ahora –lo miro a De Giobbi, pero no puede hablar...–, si no me equivoco se va a instalar un sistema informático de manera tal que, por ejemplo, las recetas se puedan levantar en cualquier unidad. Hoy no se puede hacer. Si vas al traumatólogo en el hospital de Mercedes, porque acá no hay, un médico de acá te tiene que refrendar la receta para poder levantar el medicamento. Eso está pasando. ¿Cómo se arregla? ¿Con más recursos? No. Con organización. Es a lo que hacía referencia hace unos instantes. Muchas veces son esas las cuestiones que hay que saltar, saltar algunas chacras. Es decir, el hospital de Fray Bentos no es el hospital del doctor De Giobbi, es el hospital de Fray Bentos; y el usuario de ASSE no es el usuario del hospital de ASSE Fray Bentos, es usuario ASSE de todo el país. Tenemos que tender a eso.

En cuanto a lo que hablaba de los indicadores es cierto, los indicadores que tiene Uruguay son buenos, el problema es cuando empezás a desagregar los indicadores en todos los temas vinculados a la salud –en todos–, en este de salud mental, en el acceso a los servicios, en el suicidio, pero también en la sífilis, en la sífilis congénita, en la prematuridad... La atención que recibe una persona que se atiende en un seguro privado en Montevideo no es la misma que en una institución médica privada en el interior o que en Salud Pública. No es lo mismo. Ese es uno de los principales objetivos que buscamos cuando buscamos servicios de *complementación* para que la gente tenga la misma calidad, el mismo servicio al mejor nivel, independientemente de que se atienda en ASSE o que tenga una mutualista. Pero a veces no es fácil acordar.

Coincido en que no puede ser lo de Sarandí de Navarro. No puede ser... Hay que buscarle la vuelta. Y para eso no se precisan recursos. Es decisión, y muchas veces a esas decisiones hay que tomarlas desde el ámbito central. Lo que estamos haciendo es insistir en eso: si no es local que sea regional.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señora Edila Giménez.

SRA. NURY GIMÉNEZ. Gracias, señora Presidenta.

Mi pregunta es concreta: ¿cómo se va a trabajar con el entorno y el acompañamiento de esa persona identificada?

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Disculpe, no entendí.

SRA. NURY GIMÉNEZ. ¿Cómo se va a trabajar con ese entorno, con la persona identificada y esa familia que padece...? Muchas veces se arrastra al entorno y no sabemos cómo manejarlo o cómo acompañar desde ese otro lado.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Suhr.

LIC. SILVIA SUHR. Cuando decías «esa persona» no nos quedaba muy claro si te referías a personas que han padecido el tema de los suicidios o que tienen uso problemático de sustancias.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, señora Edila Giménez.

SRA. NURY GIMÉNEZ. A veces se convive con una persona enferma por determinadas patologías y demás, sean drogas, depresión... ¿Cómo se acompaña desde el otro lado? ¿Se va a trabajar en conjunto o cómo se llevará a cabo?

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Suhr.

LIC. SILVIA SUHR. Más allá de contemplado en clave de Plan me voy a salir del lugar por el que vine hoy, que es la Udelar, y tal vez me tomo el atrevimiento de hablar como trabajadora de la salud.

Cada situación tiene distintas repercusiones familiares. Hay familiares que sienten que enferman y hay familiares que no. Allí lo que prevé el sistema de salud es atender cualquier problemática relativa a la salud mental mediante los procedimientos que están previstos por los prestadores de salud, que habitualmente es en este sistema de un primer nivel fortalecido; primero concurrís a tu médico de medicina general, en el cual confiás y con el que hablás de lo que te está sucediendo, te ayudará a distinguir si amerita un pase al equipo especializado en salud mental que tiene dos vías de acceso: el acceso a través de la derivación a psiquiatra o al Comité de Recepción de los equipos de salud mental que tienen la posibilidad de diferenciar si tu situación amerita una psicoterapia o no. Eso ya está previsto por el Plan de Prestaciones de Salud Mental, no fue necesario que lo previera el Plan de Acción Departamental porque lo regula el Ministerio y, a su vez, lo hace bajar –por así decirlo– a prestadores públicos y privados. (lp)/ Aplica de la misma manera. El Plan de Salud Mental aprobado en el 2011 equipara la forma de asistencia que deberíamos dar en públicos y en privados, más allá de que después se pueda pensar en diferencias de acceso, de tiempo, de que en un lugar lleva copago y en otro no. Pero eso ya está previsto por el Plan del 2011.

No sé si esto contesta su pregunta.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Quiero agregar que cuando hablábamos hoy de la desagregación de estas cuestiones también hay una diferencia entre lo público y lo privado, también entre lo geográfico, también entre género. Si se comienza a escarbar se encuentran muchas diferencias. Lo que se da hoy en día y que hay que trabajar es mejorar el acceso a nivel del sector público y tratar de bajar los copagos en el sistema privado, porque no es igual a un *ticket* de una consulta general; al pago de bolsillo en esa situación complicada y que requiere un tratamiento más prolongado hay que hincarle el diente porque para acceder está complicado.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra la señora Edila Tiscornia.

SRA. LILA TISCORNIA. Gracias, señora Presidenta. Buenas noches a todos, al doctor Valiero y a la licenciada Suhr. Son grandes compañeros de muchísimos años, de toda la carrera.

Quiero agradecerles por su presencia y a todos los señores Ediles también para estar tratando un tema que nos interesa y por la repercusión que se viene dando en nuestra población al llevar a cabo un Plan tan importante que se viene gestando –como dijo el señor Edil Milesi– desde hace mucho tiempo, que se viene razonando, que se viene trabajando, ampliando y que para mí es muy importante. Porque a las cosas hay que iluminarlas, no hay que esconderlas. A veces nos pasa eso. A veces nos pasa que pensamos que si no vemos o si no hablamos mucho de algunas cosas, si forman parte de lo tabú, no existen o van a ser menos importantes. Igual importan. Igual interesan. Igual lesionan. Igual duele como comunidad que nos pasen estas cosas y que los desenlaces no sean los que deben ser. Por oportunidades que debemos brindar y que cada uno de

nosotros, como personas, debemos trabajar... Estamos acá como Ediles porque nos pusieron, porque nos presentamos a una elección y tuvimos gente que nos respaldó con su voto. El cometido de los Ediles es poder rendir cuentas de las cosas que se hacen y de cómo se hacen. Me parece que este Plan maravilloso, que agradezco que exista, que agradezco que se lleve a cabo, es lo que todos estamos deseando que dé buenos frutos. Y para para que dé buenos frutos creo que no basta con tener *una* reunión como hoy para discutir cosas que se van a hacer a futuro y que se van a ir planteando. Lo que sí quiero es que, como Junta, podamos seguir reuniéndonos, seguir hablando y actuando, y en lo que respecta a todos los Ediles, y tomo la palabra de «todos» por esto que voy a decir: poder seguir ayudando, ayudando al Plan, a ustedes, a la comunidad y devolviéndole a la gente un poco de la confianza que puso en nosotros.

Así que agradezco haber tenido esta sesión extraordinaria y amerita que se sigan sucediendo este tipo de reuniones para poder ayudar *en todo* lo que sea posible y brindar el apoyo en todo lo que necesiten para seguir caminando, andando en un camino más seguro y fortalecido.

Nada más. Es lo que quería expresar.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Coincido con la señora Edila Tiscornia.

No sé si falta mucho, pero antes de que se termine –no es que me quiera ir– quiero decir algo que creo no llegamos a mencionar: tenemos que cuidar también a los que cuidan, al personal de salud, a los educadores, a los profesores, a la Policía Comunitaria, a personas que están expuestas a situaciones que, *obviamente*, van a afectar su salud mental y muchas veces van a hacer que terminen en estas situaciones. Lamentablemente la Salud tenemos un porcentaje bastante alto y lo mismo pasa en la Policía. Hay que trabajar en esos temas, también como un grupo de riesgo importante.

Después, coincido con la señora Edila Tiscornia en cuanto a que para nosotros realmente ha sido muy fructífero esta instancia porque nos llevamos un montón de cosas que no habíamos pensado, como el ejemplo de las redes y otros.

Repetimos que de nuestra parte asumimos el compromiso de que cuando ustedes lo dispongan, y si lo disponen en forma periódica, cada tres meses, por ejemplo, se fija, venimos, conversamos... Porque es obvio que cuando salgamos de acá, si hay alguien en la vereda, va a decir: ¿De qué estaban hablando si no consigo turno para el psiquiatra hasta dentro de dos meses? Y lo sabemos. Hay que trabajar juntos en todo esto. Para nosotros ha sido realmente muy enriquecedor y no tengan dudas de que queremos volver cuando ustedes lo digan, pero para hacer un seguimiento, y eso significa seguirnos entre todos. ¿no? Acá no es cuestión de que vengamos a decir si hicimos las cosas bien o mal, porque si hacemos las cosas mal y no se logran los objetivos tenemos que irnos para casa y que venga otro que intente de nuevo. Lo que sí está claro es que lo que hemos ido haciendo hasta ahora no ha dado resultados. No sé si queda claro.

SRA. PRESIDENTA. Gracias, Director.

Tiene la palabra el señor Edil Serres.

SR. JUAN SERRES. Quiero intervenir por dos cosas.

Primero, para hacer una moción de orden: Solicitar dar por suficientemente debatido el tema. Creo que han sido bastante claros los expositores, así que me parece que estaría bien dejar por acá.

SRA. PRESIDENTA. Bien. Pasamos a votar la moción de orden.

(Se vota).

**Afirmativa.** 29.

De acuerdo con la lista de oradores luego deben continuar en el uso de la palabra los señores Ediles Paraduja, Cáceres y Cardozo.

Continúe, señor Edil Serres.

SR. JUAN SERRES. Lo segundo que íbamos a plantear era el destino del tema, pero lo vamos a presentar como asunto entrado.

¿Qué más podemos hacer desde la Junta Departamental? Creemos que podemos hacerles el seguimiento a estos temas porque no sabemos lo que puede pasar la semana que viene o la otra.

Y vamos a plantear como moción formar una comisión especial sobre el tema salud mental y adicciones. Pero vamos a dejarla para presentar como un asunto entrado y que se vote en la próxima sesión, que lo coordinen las bancadas. Creemos que la Junta tiene un deber muy grande. Hoy no vamos a presentar esa moción porque la vamos a presentar como un asunto entrado de acuerdo con el artículo 147º; ¿no?

SRA. PRESIDENTA. Está la moción del señor Edil Casaretto de que pase a la Comisión de Asuntos Internos...

SR. JUAN SERRES. Pero si él hace la moción tengo que hacer una yo...

(Dialogados).

SRA. PRESIDENTA. Más o menos es lo mismo. ¿Lo dejamos con la moción del señor Edil Serres...? Si él mantiene su moción...

Tiene la palabra, señor Edil Serres.

SR. JUAN SERRES. Si el señor Edil Casaretto va a mantener su moción nosotros tenemos que hacer ahora la moción sobre una comisión especial por el artículo 147º.

Perdón a los invitados, pero me parece que tenemos que formar esa comisión.

SRA. PRESIDENTA. Tiene la palabra el señor Edil Casaretto.

SR. MARCELO CASARETTO. Gracias, señora Presidenta. Presenté la moción, tenemos que votarla...

SRA. PRESIDENTA. Perdón, voy a hacer una aclaración.

Usted presenta nuevamente su moción y la votamos, pero el tema ya fue votado como suficientemente debatido. Así que solamente le doy la palabra para que presente su moción.

Tiene la palabra, señor Edil Casaretto. (kg)/

SR. MARCELO CASARETTO. Gracias, señora Presidenta.

Sé que se votó dar por suficientemente debatido el tema, pero yo quiero hacer otra moción: que se dé trámite a todo lo actuado en la noche de hoy sin la previa aprobación del acta.

SRA. PRESIDENTA. Todavía no hemos resuelto nada, señor Edil.  
¿Cuál es su moción?

SR. MARCELO CASARETTO. Mi moción es solicitar a la Comisión de Asuntos Internos que estudie la posibilidad de tener una comisión de salud mental y drogadicción en la Junta Departamental.

SRA. PRESIDENTA. Vamos a ordenarnos.

Primero tienen que hacer uso de la palabra los oradores que quedaron anotados. Como la señora Edila Cáceres y el señor Edil Cardozo no van a exponer queda solamente la señora Edila Paraduja.

Tiene la palabra, señora Edila.

SRA. NANCY PARADUJA. Gracias, señora Presidenta.

La verdad es que fue una muy buena jornada la de hoy hablando sobre este tema. Estoy muy agradecida a quienes vinieron a ilustrarnos respecto a los proyectos que hay en el departamento sobre salud mental.

Pero por salud mental –por salud mental, señora Presidenta– quiero hacer una aclaración.

En un momento el señor Edil Tiscornia estaba comenzando a hablar...

No, no estoy fuera de tema. Discúlpeme, me puedo equivocar, todos tenemos derecho a equivocarnos, pero no estoy fuera de tema hasta que no se escuche lo que voy a decir.

En realidad, es una necesidad lo que estaba diciendo el señor Edil. ¿Por qué? Porque cuando nos sentimos mal, estamos enfermos y no tenemos los recursos... es realmente necesario tener quien nos lleve, quien nos movilice, así como cuando necesitamos un medicamento. Y, en este caso, eso era lo que el señor Edil Tiscornia quiso decir. Él no necesita mi defensa. Solamente quiero aclarar que una ambulancia *también* es una necesidad de salud mental, porque cuando una persona está en crisis –me ha tocado verlas– no es a los vecinos a quienes tiene que recurrir. No es un reclamo, no estamos hablando de un *reclamo*. Estamos diciendo que es una *necesidad* para poder estar tranquilos con nuestra salud mental.

Simplemente quería aportar eso, por la salud mental de todos, que era un deseo de corazón que iba a hacer el señor Edil Tiscornia.

Gracias.

SRA. PRESIDENTA. Gracias, señora Edila.

A continuación, ponemos a consideración la moción del señor Edil Casaretto referida a que este tema pase a la Comisión de Asuntos Internos para crear una comisión de salud mental y drogadicción.

SR. RAÚL BODEANT. El tema que estamos tratando ya está suficientemente debatido: por lo tanto, pido la palabra... ¿Puedo? Simplemente para aclarar...

Hay una exposición por parte del Partido Colorado, en la palabra del señor Edil Serres, en la que anuncia que amparado en el artículo 147° va a presentar un asunto entrado a los efectos de que se forme una comisión especial.



Ahora, ¿a dónde va a ir el tema que está solicitando el señor Edil Casaretto?

(Dialogados).

SRA. PRESIDENTA. Perdón, señor Edil Bodeant.

El artículo 147° al que se refiere el señor Edil Serres... El 149°, me acota la señora Secretaria, al que se refiere el señor Edil Serres lo ampara para conformar una comisión especial sin necesidad de que pase a otra comisión.

¿Está de acuerdo, señor Edil Casaretto?

SR. MARCELO CASARETTO. Estoy de acuerdo, señora Presidenta.

SRA. PRESIDENTA. Muy bien. Muchas gracias.

Pasamos a considerar...

Tiene la palabra, señor Edil Serres.

SR. JUAN SERRES. Dije que mañana íbamos a presentar el asunto porque la bancada del Frente Amplio me pidió esperar hasta mañana para poder tratarlo en la misma.

SRA. PRESIDENTA. Entonces queda como para presentar un asunto entrado. Pero está la moción del señor Edil Casaretto...

Pongámonos de acuerdo, por favor.

Se vota la creación de una comisión especial...

¡Perdón, señores Ediles! Vamos a tratar de ordenarnos, porque así no terminamos más.

Tiene la palabra, señor Edil Casaretto.

SR. MARCELO CASARETTO. Gracias, señora Presidenta.

Voy a retirar la moción.

SRA. PRESIDENTA. Muy bien.

Entonces, retira la moción. Tampoco se vota el trámite porque no hay nada votado acá.

Tiene la palabra, señor Edil Casaretto.

SR. MARCELO CASARETTO. Voy a mocionar que se apruebe todo lo actuado en la noche de hoy sin la previa aprobación del acta.

SRA. PRESIDENTA. No salió nada, porque lo de la comisión no salió. No es necesaria la votación.

Antes de dar por terminado este encuentro quiero agradecer al doctor Gerardo Valiero y a la licenciada Silvia Suhr por la disposición que han tenido, la paciencia para contestar todo. Agradezco también la presencia de la Diputada Mercedes Long y del Director del hospital de Fray Bentos, doctor Jorge De Giobbi, que ya se retiró.

Tiene la palabra, Director.

SR. DIRECTOR DPTAL. DE SALUD. Simplemente quiero agradecerles a todos.

Tomamos nota de algunas cuestiones que no se pensaron, que no habíamos visto hasta ahora, porque de eso se trata: del intercambio. Esto no es una verdad absoluta. Por

supuesto que estamos a disposición para venir las veces que sean necesarias si se forma esa comisión de seguimiento o como se llame.

Si algún señor Edil quiere hablar con nosotros mi teléfono está anotado por «ahí». Estamos a las órdenes cuando sea y como sea para este o cualquier otro tema. Estamos totalmente a disposición.

Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA. Señores Ediles, el material que dejó el doctor Valiero quedará en las tres bancadas y también vamos a pasarles a todos el PDF.

Muchas gracias.

Damos por finalizada la reunión. (Hora 22:52).

ooo---o0o---ooo