



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

**La desinstitucionalización en Uruguay
en el campo de la salud mental**

Revista arbitrada Psicología Conocimiento y Sociedad

Carolina Veronica Bugani Vanzuli

C.I.: 4.803.293-8

Tutoría: Mag.Psic.Cecilia Baroni

Febrero, 2019

Montevideo, Uruguay

RESUMEN

El objetivo de este artículo es presentar un relevamiento sobre los primeros avances que dan cuenta cómo ha sido, en el marco de las reformas del sistema de salud y específicamente de la salud mental, el proceso de desinstitucionalización en Uruguay. Se hace hincapié en lo relacionado con la problemática de la vivienda a la hora de la externación y para ello se toma como punto de partida la situación a nivel de las reformas realizadas en diferentes países. El análisis se realiza desde una perspectiva antimanicomial basada en las concepciones de Foucault y Basaglia. Se analizan los puntos considerados relevantes para la temática abordados en la Ley de salud mental Nro.19.529 aprobada en el año 2017 que además, incluye, el 2025 como fecha de cierre para las estructuras asilares y monovalentes en el país. Para realizar la investigación se utilizó una metodología de abordaje cualitativo basado en el relevamiento documental. En el análisis se constató la existencia de estructuras muy diversas en residencias alternativas al modelo asilar como las casas de medio camino, las residencias con apoyo y los nuevos programas de vivienda terapéutica. Este artículo pretende aportar al camino que resta por recorrer para lograr lo establecido en dicha Ley de forma que se respeten los derechos de las personas usuarias de salud mental.

Palabras clave: Desinstitucionalización; reformas; salud mental.

ABSTRACT

The objective of this article is to present a research about the first advances that show how, in the framework of health system reforms and specifically mental health, the process of deinstitutionalization in Uruguay has been.

Emphasis is placed on the issue of housing at the time of externalization and for this, the situation of the reforms made in different countries is taken as a starting point. The analysis is carried out from a perspective against the madhouse based on the concepts of Foucault and Basaglia.

The points considered relevant for the theme mentioned in the Mental Health Law No. 19,529 approved in 2017 are analyzed, which also includes 2025 as the closing date for asylum and monovalent structures in the country.

To carry out the research, a methodology of qualitative approach based on the documentalist survey was used. The analysis revealed the existence of very diverse structures in residences that are alternatives to the asilar model, such as halfway houses, supported housing and new therapeutic housing programs.

This article intends to contribute to the path that remains to be followed in order to achieve what is established in said Law so that the rights of mental health users are respected.

Key words: Deinstitutionalization; reforms; mental health.

Introducción

Con los cambios generados en el campo de la salud mental durante la segunda mitad del siglo XX como ser los avances a nivel de la farmacología, las corrientes sociales dentro de la psiquiatría, el desarrollo de la psicología y específicamente del psicoanálisis, surgen nuevas discusiones sobre el papel de los hospitales psiquiátricos, realizando cuestionamientos sobre el modelo médico asistencial y el papel terapéutico de dichas instituciones. A partir de las concepciones planteadas por Foucault¹ y los estudios de Goffman sobre las instituciones totales queda en evidencia la necesidad de realizar una reformulación al respecto.

Con el cierre de los manicomios en Italia y la aprobación de lo que se conoce como la Ley Basagliaⁱⁱ, comienzan en algunos países las reformas y los procesos de desinstitucionalización (externación e inclusión social).

A partir de la década del 80 en adelante de la mano de los lineamientos de la OMS y la Declaración de Caracas en América Latina y el Caribe, comienzan las reformas psiquiátricas o reformas en salud mental a nivel mundial las cuales tienen en común el rechazo a la violencia, a la privación de libertad y a la falta de respeto por los derechos humanos, se pone énfasis en que la salud mental debe ser tratada desde una perspectiva de derechos.

Uruguay no fue ajeno a dichos lineamientos y en 1986 aprueba su primer Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) y en el 2017 se aprueba la Ley de Salud Mental (Nro.19.529) que establece el cierre de las instituciones monovalentes para el 2025 y en su artículo 13: Acceso a la vivienda dice que "se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo" (Ley 19.529, 2017, p.5). A partir de esto surge como preocupación qué sucederá con las personas institucionalizadas al cerrar dichas instituciones.

En ese marco el objetivo general que nos planteamos es realizar el relevamiento de la situación a nivel de las reformas realizadas en diferentes países acerca de las políticas o planes de desinstitucionalización.

Presentaremos en este artículo los primeros avances de nuestra investigación que dan cuenta de cómo ha sido el proceso en Uruguay en la temática.

Para ello se utilizó una metodología de abordaje cualitativo basado en el relevamiento documental de lo que ha sucedido en diferentes países en relación a las políticas de desinstitucionalización y los procesos de reformas en Salud Mental. A su vez se realizó búsqueda bibliográfica y análisis documental.

Las fuentes primarias utilizadas son documentos como leyes y planes de salud mental de diversos países como ser: Italia, Brasil, Chile y Argentina. Como fuentes secundarias se ha recurrido a diversos artículos de prensa tanto producidos a nivel nacional como internacional.

Este trabajo pretende aportar a las políticas de viviendas y desinstitucionalización en los procesos de reformas y en un marco de perspectiva de derechos, teniendo en cuenta que la vivienda es un derecho y las personas no tienen por qué vivir excluidas de la sociedad.

Procesos de reformas

Al relevar los antecedentes relacionados a la problemática de la desinstitucionalización psiquiátrica, encontramos varios países que han tenido que implementar soluciones para poder cerrar sus hospitales psiquiátricos enfrentando diversas tensiones. En este apartado daremos cuenta algunos de esos procesos.

Las reformas a nivel mundial surgen en un periodo histórico adyacente en Europa y EEUU, entre los años 1950 y 1960 se propusieron en varios países muchas alternativas. En Inglaterra luego de la segunda guerra mundial y debido a los desastres ocurridos durante la misma surge la necesidad de reorganizar la sociedad a nivel general. En el año 1959 se promueve la reforma sanitaria y se crea el servicio sanitario nacional que incluye la psiquiatría, este sistema sanitario público une por primera a la medicina y a la psiquiatría generando un problema ya que coexisten dos lógicas; una de hospitales cerrados (manicomios) y otras de hospitales libres (con un acceso más abierto), debían funcionar los dos sistemas con una única lógica existente (Basaglia, 2008). Es así que desde la psiquiatría comienzan fuerte críticas y surge lo que se conoce como antipsiquiatría ante la detección de prácticas deshumanizantes. David Cooper (1967) crea el término antipsiquiatría, el mismo ha tratado de reformar el asilo y transformar las relaciones entre el personal y los internados, busca humanizar la atención a partir de

caminos alternativos aliándose con otras disciplinas y descubriendo que de alguna forma existen otros modos de abordar las problemáticas relacionadas a los procesos de enfermar.

Es a través de estas críticas y de experiencias puntuales que surge la idea de las comunidades terapéuticas como una alternativa a los manicomios centrado en la concepción médica. Sin embargo lo que hace que estas comunidades se vuelvan terapéuticas es el hecho de que deben ser abiertas para no ser asilares, por lo tanto la diferencia con otras estructuras es el derecho y la libertad del sujeto, si bien se plantea la creación de comunidades terapéuticas como una alternativa, de todas maneras en ese momento se seguía manejando la concepción de “cura”. La psiquiatría en Inglaterra pone énfasis en el aspecto social y en el funcionamiento manicomial, lo cual comienza a ser un problema para la pobreza porque en definitiva el “loco pobre” va a retornar al manicomio como afirma Basaglia (2008).

La apertura del manicomio conlleva una disminución de la problemática de las personas que se encuentran en el entrecruce de la pobreza y locura mientras que existan políticas, programas efectivos y comunidades terapéuticas, si no lo que resulta es condenar a la calle a los “locos pobres”, ocasionando un círculo entre; emergencia, calle, hospitalizaciones, etc. Por lo tanto si no hay políticas se condena al sujeto al asilo o a la calle de por vida, un ejemplo de esto es lo que sucedió en Uruguay en el año 1996, se generó un proceso denominado “desmanicomialización forzada”, por no pensar en políticas y procesos de desinstitucionalización de las personas con padecimientos psíquicos, se pretendía sin medidas alternativas culminar con el régimen de asilo, lo que da como resultado que las personas queden sin atención y en muchos casos en situación de calle (Baroni, 2016).

Debido a los cuestionamientos planteados sobre la atención en salud mental y el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, en Italia en el año 1978 se reglamentó la Ley de la reforma psiquiátrica: Ley 180, que puso en marcha el proceso de eliminación y logró el cierre de la mayoría de los hospitales psiquiátricos en la década del 90. Esta Ley fue la primera en el mundo que ha cambiado las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría. La misma establece que en la psiquiatría el tratamiento se basa en el derecho de la persona siendo voluntario y en los casos de ser necesaria la hospitalización será en los servicios psiquiátricos establecidos dentro de los hospitales, incluso propone la creación de centros de salud mental comunitarios como red asistencial para la prevención, cura y rehabilitación de los usuarios (Ley 180, 1978).

Bajo la influencia de los cambios que se estaban gestando en Europa y EEUU y las ideas propuestas por Basaglia, en América Latina surgen también cuestionamientos en relación a la asistencia en salud mental y a la existencia de los hospitales psiquiátricos.

La declaración de Caracas del año 1990, es el punto de partida de la reforma de la asistencia psiquiátrica para los países miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS). La declaración plantea que la atención psiquiátrica convencional no se estructura a partir de una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva como debería ser. Sostiene que el hospital psiquiátrico aísla al usuario de su núcleo familiar y social, además de que son costosos y no toman en cuenta los derechos humanos de los usuarios. Según la declaración:

Los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben; salvaguardar, invariablemente la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados, propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.

Las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales y promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento (Declaración de Caracas, 1990, p.2).

En base a estos planteamientos se incita a la creación de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, se promueve una atención en salud mental con un enfoque de derechos. Con esta declaración se exigió a todos los países de América Latina que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población.

Reformas de salud mental

En este apartado detallaremos lo relevado en diferentes países de América Latina en relación a los procesos de desinstitucionalización y que toman la influencia de varios países de Europa entre ellos lo realizado en Italia.

La influencia de Basaglia, la puesta en marcha de la Ley 180 para promover la desinstitucionalización logró el cierre de la mayoría de las instituciones psiquiátricas en Italia como mencionamos anteriormente. En Trieste actualmente hay varios centros que van a representar el punto de acceso al sistema de salud mental, existe un departamento que gestiona cuatro centros de salud mental y cada uno asiste a determinada parte de la población, cada centro está equipado con ocho camas y está abierto todos los días, las 24hs. Los mismos ofrecen:

- Apoyo a los usuarios y sus familias, a través de subsidios
- Actividades de rehabilitación en el hogar
- Hospital de noche por períodos variables de tiempo, para responder a la crisis
- Hospital de día para dar protección en situaciones de crisis o tensión
- Apoyo terapéutico, visitas ambulatorias u hospitalarias

- Trabajo terapéutico individual, familiar.

Además para los casos de emergencia existe el “servicio psiquiátrico de diagnóstico y tratamiento del hospital general” que cuenta con ocho camas y está abierto las 24hs del día, luego de una evaluación y prestar la primera asistencia pueden derivar al usuario al centro de salud mental para que se encargue del tratamiento, el objetivo es reducir al mínimo la duración de la hospitalización y a su vez evitar la exclusión de las personas que sufren trastornos mentales. También existen las “residencias de integración social” que son gestionadas por los centros de salud mental, para las personas que tienen dificultades para vivir de manera independiente y que requieren apoyo en su vida diaria, conviven un grupo de personas con el apoyo de los operadores del servicio. El servicio asegura que los usuarios se mantengan en contacto con su entorno. Además están las residencias terapéuticas y de rehabilitación, que son 12 casas alquiladas gestionadas por el servicio con sus operadores a través de cooperativas sociales y organizaciones de voluntariado, hospedan personas que no cuentan con una red de contención familiar o social. (Dell'Acqua, s.f.)

En América Latina bajo la influencia de las reformas psiquiátricas que se estaban gestando en otros países y la declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud y los principios para la protección de los usuarios y el mejoramiento de la atención de la salud mental, fueron fundamentales para apoyar la modificación de los sistemas de salud mental en América.

Brasil

El proceso de reforma psiquiátrica en Brasil nace en un marco de fuertes críticas al modelo médico asistencial, se inicia basado en la experiencia italiana de Basaglia y otros pensadores que proponían nuevas formas de abordaje e intervención. Desde 1940 surgen

varios movimientos a favor de la transformación en la asistencia y desinstitucionalización psiquiátrica. El modelo “hospitalocéntrico” para ese entonces era predominante, posteriormente este modelo recibió varias críticas que fueron acompañadas por propuestas de desinstitucionalización. Surge así un proyecto político y social de la reforma sanitaria y psiquiátrica ligado al PNSM, el cual se destacan principios como la concepción ampliada de salud como derecho de todas las personas y deber del Estado, se pone énfasis en la integralidad, en la equidad y en la universalidad, donde diferentes sectores trabajan de manera interdisciplinaria, intersubjetiva e intersectorialmente (Dimenstein, 2013). A su vez Brasil se adhiere a los lineamientos de la declaración de Caracas y gracias a los movimientos de los trabajadores en salud mental surgen nuevas leyes vigentes que prevén la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por otras estructuras, se plantea un nuevo código civil que establece avances en la eliminación de los hospitales psiquiátricos y se reglamentan las internaciones involuntarias. Se crean centros de atención diaria (Centros de Atención Psicosocial, CAPS), se usan camas en los hospitales generales y se deben notificar los tratamientos involuntarios, poniéndose énfasis en los derechos de las personas con trastornos mentales graves.

Chile

Bajo la necesidad de cumplir con los compromisos asumidos en la declaración de Caracas, en Chile en el año 2000 se pone en marcha el PNSM siendo uno de sus ejes principales la desinstitucionalización de las personas de los hospitales psiquiátricos. Se crean plazas en dispositivos de apoyo residencial como hogares y residencias protegidas para dar soporte social en un entorno comunitario. Hay un desarrollo importante en relación a los hogares protegidos que ha compensado la reducción de camas de larga estadía, que estaban ocupadas con personas con un promedio de 20

años de residencia, inclusive los hogares protegidos cuentan con servicios de rehabilitación psicosocial y todos los servicios de salud tienen este tipo de estructuras. En relación a la atención en crisis, la misma no está incorporada totalmente a la atención en los hospitales generales (se plantea como objetivo a futuro), ya que existen obstáculos tanto para el traslado, la atención efectiva y la continuidad de los tratamientos. Han avanzado en la creación de “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría”, pero aún quedan cuatro hospitales psiquiátricos que existen desde el año 1990, aunque su estructura se ha modificado reduciendo la cantidad de camas. En el año 2017 el Instituto Nacional de Derechos Humanos de Chile (INDH) realiza un estudio con el objetivo de conocer cuáles son las condiciones de vida en la que se encuentran las personas con trastornos mentales graves internadas en hospitales psiquiátricos de larga estadía. Para recabar información realizaron visitas al Hospital El Peral, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel y una clínica privada subsidiada por el sistema público. El informe da cuenta que desde que se aprobó el PNSM sigue habiendo ingresos en los hospitales psiquiátricos aunque se ha ido produciendo una disminución paulatina. Al año 2017 hay 131 personas con trastornos mentales graves en la unidad de larga estadía de los hospitales visitados. Se informa que los motivos del no-egreso en líneas generales están relacionados a la falta de recursos públicos, la carencia de vacantes en residencias protegidas y falta de redes de apoyo. La principal preocupación planteada por el INDH es que en la mayoría de los establecimientos visitados siguen ingresando usuarios a las unidades de larga estadía a pesar que desde que se instaura el PNSM este tipo de situaciones no debería producirse. Se plantea que aún hay tarea pendiente en el proceso de desinstitucionalización, la atención en crisis de salud mental a futuro estará incorporada plenamente a la atención de las urgencias en la red general de salud, se crearán protocolos que garanticen la atención efectiva, el traslado y la continuidad de cuidados (Díaz, 2013).

Argentina

Siguiendo la línea de los avances de la reforma psiquiátrica en América Latina, en Argentina se reglamentó una nueva Ley de Salud Mental en el año 2013 la cual establece la creación de casas de convivencia o residencias compartidas, casas de medio camino y hospitales de día. Se toma como medida restringir la internación y de ser necesaria debe ser lo más breve posible, además prohíbe la creación de nuevos hospitales psiquiátricos. Actualmente existen casas de medio camino en varias localidades del país y poco a poco van reduciendo la cantidad de camas en los hospitales que quedan. Se aprueba el PNSM 2013-2018 como herramienta operativa para favorecer la inclusión social, este plan contiene los lineamientos claves del nuevo paradigma: la integración social, el abordaje integral y la no discriminación (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Uruguay

En Uruguay en los últimos 25 años se han ido realizando cambios hacia la apertura de los hospitales psiquiátricos, como forma de desinstitucionalizar a las personas con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP). El PNSM que se implementó en 1986, la humanización de los tratamientos, la descentralización de los servicios asistenciales, la creación y el desarrollo de la Red de salud mental y la mejora de los tratamientos farmacológicos, todos estos factores han contribuido a los cambios que han ido surgiendo a lo largo de estos años, tal como lo menciona Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011).

El objetivo actualmente está puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental para de esta forma poder superar el modelo asilar y lograr el cierre de los hospitales psiquiátricos. De acuerdo con Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011) la no institucionalización de las personas con trastornos mentales va a ser posible

integrándolas a un modelo socio sanitario comunitario que debe ser de acuerdo a las necesidades de cada una de las personas.

En el año 1986 se establece el PNSM el cual implicó avances importantes en salud mental, pero en cuanto al cambio de modelo de atención nunca fue desarrollado por falta de recursos y disposición política como sugiere De León (2013). A su vez el año 1995 la organización de defensa de los derechos humanos: Mental disability Rights International presenta un informe sobre la situación del país en el cual exponen que existe un maltrato generalizado de los internados, un uso exclusivo de los psicofármacos y electroshocks, además van a indicar que hay una falta importante de personal especializado. Por lo tanto recomiendan profundizar en estrategias y alternativas comunitarias evitando la internación, sugiriendo la creación de redes de asistencia que permitan sostener desde la comunidad a las personas que padecen TMSP y a sus familias, además de crear programas de sensibilización.

A pesar de las carencias mencionadas anteriormente, gracias al PNSM ha disminuido la población asilar progresivamente y se han abierto tres direcciones principales: Atención Primaria en Salud que opera con la comunidad, la creación de unidades de Salud Mental en los hospitales generales y nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos (Arduino y Gines, 2002).

Nueva etapa ¿tiempo de cambios?

Luego de varios años de debates y propuestas de cambios en el año 2017 se aprueba la Ley de Salud Mental Nro. 19.529, la cual propone un cambio de paradigma, basado en una perspectiva de derechos humanos. Se destaca que el PNSM contribuyó de manera positiva a la creación de esta Ley ya que se concibió desde un modelo de salud mental comunitaria y sus lineamientos tienen fuertes coincidencias con las disposiciones de la Ley. La misma toma como marco de referencia la dignidad y los principios de derechos,

reconociendo a la persona de manera integral basándose en la equidad y considerándola como un ser biológico, psicológico, social y cultural. Refiere que el proceso de atención debe tener un enfoque interdisciplinario y debe considerarse que el estado de la persona que padece un trastorno mental es modificable. Además vincula la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos; al trabajo, vivienda, educación, cultura y un medio ambiente que sea sustentable (Ley N°19529, 2017).

La Ley está planteada desde una perspectiva de inclusión social por lo que se pretende que determinados organismos se encarguen de promover planes y programas que fomenten la inclusión social y la no estigmatización de personas con trastornos mentales severos, también plantea el acceso al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y al tiempo libre para impulsar la autonomía.

Con relación a la hospitalización, la misma se considera “un recurso terapéutico de carácter restringido” (Ley N°19529, 2017, p.7) y deberá implementarse solo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones, aclara que “en ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales y de vivienda” (idem), la hospitalización deberá ser de carácter voluntario y se deberán plantear alternativas a la misma, los casos de hospitalización involuntaria serán cuando exista riesgo para la persona o para terceros o si la persona tiene afectada su capacidad de juicio, y en situaciones donde sea necesaria la hospitalización debe ser lo más breve posible.

Como nombramos anteriormente la Ley está planteada desde una perspectiva de derechos, por lo tanto para que todos los usuarios tengan derecho al acceso a una vivienda, indican que habrá un desarrollo mejorado del Plan Nacional de Vivienda donde se fomentarán programas que incluyan a las familias con miembros que padezcan trastornos mentales, los programas deben poseer varias propuestas dependiendo de cada

caso y deben apuntar a prevenir la exclusión social al momento de la asignación de las viviendas.

El principal objetivo de la Ley es lograr la desinstitucionalización psiquiátrica, por lo tanto para cumplir con este objetivo el artículo 37 se establece una fecha límite para el cierre de las estructuras asilares y monovalentes para el año 2025, las mismas serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas, como centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial (Ley N°19529, 2017). Además, plantea cambios en el modelo asistencial a red única, atención comunitaria.

A su vez:

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales (Ley N°19529, 2017, p.8).

Asimismo también se plantea la no apertura de nuevas instituciones psiquiátricas a futuro: “queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados” (IBID, p.9).

Por lo tanto se trata entonces de operar desde una perspectiva de derechos, actuando desde la integralidad del sujeto y teniendo en cuenta las potencialidades del mismo.

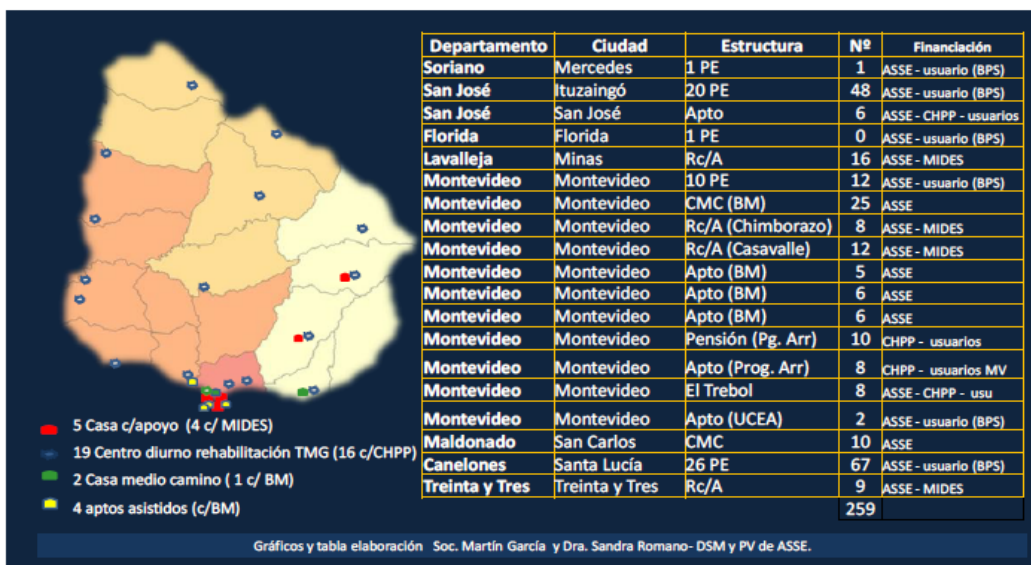
Avances en la implementación de la Ley N°19529

Como mencionamos anteriormente y tomando como punto de partida la problemática del acceso a la vivienda, destacamos que en Uruguay ya existen a lo largo del territorio diversas estructuras alternativas para usuarios con TMSP, convenios entre el Centro

Nacional de Rehabilitación Psíquica y el Programa Nacional de Viviendas Terapéuticas, que permiten llevar adelante casas y residencias asistidas formando parte del proceso de desinstitucionalización.

No obstante el cierre de las instituciones psiquiátricas requiere de la creación estructuras tales como:

- Casas de medio camino: para usuarios en periodo post crisis o luego de internaciones prolongadas, el promedio de estadía es entre 6 meses y 2 años.
- Residencias asistidas: para usuarios con un nivel de autonomía que no le permite la vida en una vivienda autónoma, la estadía es entre 6 meses y 2 años.
- Hogares protegidos: para usuarios con un nivel de autonomía que requiere de una supervisión moderada.
- Viviendas supervisadas: ubicadas en la comunidad para grupos pequeños, con apoyo técnico no residente.



PE Programa de Egreso de CEREMOS (antes nombrado como Asistencia Familiar) **Rc/A** Residencia con apoyo (antes nombrada como residencia asistida) **CMC**: Casa de Medio Camino, **Apto**: Apartamento asistido. **CHPP** Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. **BPS** Banco de Previsión Social. **MIDES** Ministerio de Desarrollo Social.

Ilustración 1. Mapa de distribución de los recursos de rehabilitación y tabla de las estructuras residenciales.

En la ilustración 1 podemos observar la distribución de los recursos de rehabilitación para usuarios de ASSE, se destaca la diversidad de residencias alternativas existentes que son la base para el proceso de desinstitucionalización, de todas maneras es necesario para que sea efectivo aumentar el número de plazas, extender la inserción territorial y mejorar los procesos de trabajo con los usuarios (Diagnóstico de situación, ASSE, 2018).

Estas estructuras buscan fomentar la autonomía del usuario y junto con ello beneficiar al proceso de rehabilitación. Tanto las casas de medio camino como las residencias asistidas y los hogares protegidos, cuentan con supervisión las 24hs del día. Se trata de un proceso donde el usuario es dado de alta del hospital y según su grado de autonomía se deriva a alguna de las estructuras mencionadas anteriormente para continuar con el proceso de rehabilitación, se pretende brindarle sostén al usuario en todo el proceso.

A continuación detallaremos cuales son los avances relacionados a la implementación de la ley de Salud Mental en materia de soluciones habitacionales y los procesos de desinstitucionalización, realizando un recorrido por las diferentes estructuras alternativas existentes y su funcionamiento.

En el pueblo Villa Ituzaingó (San José) cerca de las colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi (en adelante colonias) funciona un programa de egreso denominado Asistencia Familiar y Hogar sustituto en el cual cuidadores hospedan en sus casas a usuarios con TMSP. Los usuarios son derivados de policlínicas de la zona o de los equipos multidisciplinarios de egreso de las colonias y continúan con sus controles periódicos en las mismas. Desde el año 2007 funciona un taller de rehabilitación denominado Rehabilitación basada en la comunidad, se trata de una asociación sin fines de lucro, que se encargan de brindar diversos talleres tales como manualidad y tejido, de lectura, de música, de cocina, peluquería y expresión plástica. El objetivo tanto del

programa de egreso como del taller de rehabilitación es dar una alternativa al hospital y generar una mejor calidad de vida a los usuarios.

En el año 2006 las colonias fueron decretadas en estado de emergencia humanitaria por lo que era necesario realizar una transformación en la estructura y en el funcionamiento de las mismas, por este motivo en el año 2014 se crea la unidad ejecutora: Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) a partir de la fusión de las colonias. La misma mantiene un funcionamiento asilar con 719 camas de larga estadía y 132 usuarios en alternativas residenciales a través del programa de Egreso que permanecen en carácter de hospitalizados (Diagnóstico de situación, ASSE, 2018).

Siguiendo la misma línea en el Hospital Vilardebó a marzo del 2018 el número de camas en salas abiertas de 245 plazas, el total hay 359 personas hospitalizadas. La atención en crisis y emergencia se organiza con psiquiatras de guardia en servicio, en el hospital Vilardebó, en CEREMOS, en el Hospital Pasteur y en el Hospital Maciel.

Desde el año 2014 en Montevideo, existe el Programa Nacional de Viviendas Terapéuticas Transitorias de apoyo a la autonomía de personas con TMSP; Programa Arrayán, el objetivo de este programa es desarrollar una intervención a través de la experiencia de la convivencia y el aprendizaje para fomentar la autonomía y la reinserción social de personas que padecen TMSP. A partir de este programa se instaura una red de unidades habitacionales teniendo en cuenta la evolución en la rehabilitación de cada usuario. El programa tiene varias propuestas, una de ellas es la “pensión social” con el objetivo de promover un mejor funcionamiento en lo relacionado a las habilidades de la vida cotidiana, se trata de una casa de convivencia colectiva con la capacidad de albergar de 6 hasta un máximo de 12 personas. Durante el proceso cuentan con apoyo técnico

semanal. El fin es que los usuarios vayan avanzando progresivamente hacia la autonomía total (Programa Arrayán, salud mental sin prejuicios, 2018).

En el año 2015 se crea un proyecto de reinserción sociolaboral en el Hospital Vilardebó para usuarios con antecedentes judiciales llamado “El Trébol”, los usuarios egresan del hospital pero siguen manteniendo las tareas en la sala 12. Se crea este proyecto para darle continuidad al proceso de rehabilitación, se trata de una residencia fuera del ámbito hospitalario para una estadía transitoria y los usuarios continúan sus controles psiquiátricos en el hospital. La meta del proyecto es lograr la mayor autonomía posible, para que los usuarios puedan obtener una vida independiente, pudiendo egresar del hogar y manteniendo los controles necesarios (Decidimos irnos Taller Sala 12, 2016).

Por último, es importante mencionar que también existen casas de medio camino, estructuras alternativas y programas basados en los dispositivos comunitarios y en la reinserción social en algunos departamentos del interior del país, además se está implementando poco a poco la atención en el sector de psiquiatría en los hospitales de cada departamento, para lograr el proceso de desinstitucionalización establecido en la Ley.

Objetivos y metas a futuro: Plan preliminar de implementación, Ley 19.529

Con el objetivo de difundir la propuesta de plan preliminar de implementación de la Ley de Salud Mental, se vienen llevando a cabo varias reuniones de trabajo desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, para ampliar y profundizar sobre el diagnóstico de situación, recabar información y sumar aportes al Plan de Acción propuesto para los próximos 18 meses.

Los objetivos estratégicos donde se pondrá énfasis en los próximos meses será en promover en todos los niveles de atención de ASSE el modelo comunitario de atención en salud mental basado en el paradigma de rehabilitación, avanzar en la sustitución de estructuras monovalentes por estructuras alternativas y fortalecer la estructura de la dirección de Salud Mental y poblaciones vulnerables de ASSE.

Para lograr cumplir con lo dispuesto por la Ley sobre el cierre de las estructuras asilares y monovalentes al año 2025 las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas; la meta para este año es disminuir 20% el número de personas internadas con larga estadía en estructuras monovalentes y al año 2020 disminuir 15%.

Las líneas de acción serán:

- Ampliación de la oferta de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales.
- Aumento en el desarrollo y creación de estructuras alternativas
- Completar la incorporación de psicólogos a los equipos del primer nivel de atención
- Fortalecer la respuesta de los equipos de salud mental.

TIPO DE DISPOSITIVO	2019	2020	TOTAL	No. De Plazas
Casa de Medio Camino(TMCG)	2	1	3	30
Residencia con apoyo (TMG)	2	1	3	40
Residencia c/apoyo para personas (UPS)	1		1	20
Centro Especializado Abordaje Patología Dual	1		1	20
TOTAL	6	2	8	110

Ilustración 2. Desarrollo de estructuras alternativas del 2019 al 2020.

En la ilustración 2 podemos observar para este año y el próximo la meta propuesta por ASSE para el desarrollo de estructuras alternativas, siendo el objetivo para el 2020 un total de 110 plazas.

En suma, en la primera etapa que va del 2019 al 2020 se prioriza la creación de estructuras alternativas para las personas con Trastorno Mental Grave: Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de corta y mediana estadía en Hospitales Generales y Casas de Medio Camino, entre otros dispositivos. El objetivo está ligado al proceso de desinstitucionalización de las personas internadas en instituciones psiquiátricas, así como también un plan de reorientación de los recursos humanos y revisión de los procesos (Plan de implementación, ASSE, 2018). Con los nuevos dispositivos que se van a crear y el rediseño de los procesos de asistencia en la salud mental se está reforzando el compromiso para avanzar con las acciones requeridas para la implementación de la Ley 19.529.

Consideraciones finales

Gracias a la influencia de los procesos de desinstitucionalización realizados en los demás países de América Latina y la declaración de Caracas, en Uruguay se viene trabajando hace muchos años a favor de una reforma psiquiátrica y gracias a ello vemos como resultado una estructura muy diversa en residencias alternativas al modelo asilar como las casas de medio camino, las residencias con apoyo y los nuevos programas de vivienda terapéutica. La ley de Salud Mental que propone un cambio de paradigma es un paso importante para lograr cambiar el sistema de atención de los usuarios en salud mental, evitar el aislamiento, fomentar la autonomía y el respeto por los derechos humanos. Sin embargo, sabemos que con la Ley no alcanza solamente para impedir que las lógicas manicomiales se continúen reproduciendo. Los desafíos propuestos para lograr dar fin a estas lógicas que están instauradas hace muchos años y para evitar que las nuevas estructuras a futuro se conviertan en “mini-manicomios”, suponen trabajar en equipo diseñando alternativas que no sean sanitaristas y que impliquen soluciones habitacionales dignas, además de abrir nuevas estructuras y fortalecer las que ya existen teniendo en

cuenta a todas las personas involucradas en el proceso, que son muchas veces las que sostienen el modelo denominado manicomial relacionado con prácticas de encierro y aislamiento, con el estigma y lo patologizante de la enfermedad, sin valorar las potencialidades y habilidades del sujeto. Por lo tanto este proceso va a requerir capacitar a los trabajadores y funcionarios en el nuevo modelo para evitar caer en la concepción sanitarista y biologicista, y lograr considerar a la persona como un ser integral que tiene derechos, teniendo en cuenta que el estado de la persona que sufre un trastorno mental es modificable, y también para erradicar la concepción de locura como peligrosa que aún sigue vigente en la sociedad, creemos que esto se lograría a partir de planes de formación y campañas de sensibilización para todos los involucrados.

Por otra parte se observó que si bien se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda para la integración en comunidad y la autonomía de personas con trastorno mental severo como propone la Ley, no se está considerando a la vivienda como un derecho en sí mismo, donde todos los sujetos deben tener acceso sin importar si padecen una patología o no, se trata de un sistema progresivo de casas de medio camino y residencias con apoyo el cual implica una situación que no termina nunca de “resolverse”, ya que el usuario siempre se encuentra bajo la supervisión de un otro y al cual accede por tener una determinada patología.

De todas maneras los planes de acción propuestos para cerrar las estructuras asilares y monovalentes y la creación de soluciones habitacionales, es una forma de abordar de manera más digna la problemática del “loco pobre”. Cerrar este tipo de instituciones implica además que el costo que conlleva mantenerlos abiertos se pueda utilizar en soluciones de atención y de vivienda.

A pesar de todos los desafíos planteados, sabemos que los avances que han habido en nuestro país en relación a la salud mental son un gran paso que permitirán el desarrollo de experiencias que concedan nuevas formas de relacionamiento en base a los derechos

humanos. Si bien se pudo constatar que existe un cambio en materia de Salud Mental aún queda un largo camino por recorrer, considero importante promover cambios que posibiliten la comprensión de las personas con diversos padecimientos psíquicos, promoviendo instancias de diálogo a nivel social que permitan la participación de la población.

Referencias bibliográficas

Aguirre, A., Maciel, C., Arozamena, C., Celhay, M., del Castillo, de León, N., Peyrot, H. (2009) (Inicial) Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de http://www.psicologos.org.uy/documentos09/09_ANTEPROYECTO_DE_LEY_DE_SALUD_MENTAL.doc

Amarante, P. (2006). Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires, Argentina: Madres de Plaza de Mayo.

Asamblea Instituyente. Por Salud Mental Desmanicomialización y Vida Digna. Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/>

Baroni, C. (2018) Tiempos de desencerrar. Aportes para pensar la Ley de salud mental en Uruguay. Montevideo, Uruguay.: Hemisferio izquierdo. Recuperado de <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/Tiempos-de-desencerrar-Aportes-para-pensar-la-Ley-de-salud-mental-en-Uruguay>

Baroni, C. (2018) Para abrir hay que cerrar, apuntes acerca de la Ley de salud mental. Montevideo, Uruguay.: Zur. Recuperado de <http://zur.org.uy/content/para-abrir-hay-que-cerrar-apuntes-acerca-de-la-ley-de-salud-mental>

Baroni, C (2016) Un movimiento contra el olvido... Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante. Montevideo, Uruguay.: Hemisferio izquierdo. Recuperado de <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single->

post/2016/07/04/Un-movimiento-contra-el-olvido-Aportes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomializaci%C3%B3n-en-el-Uruguay-de-1985-en-adelante

Basaglia, F. (2008). La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Fichas para el Siglo XXI, Buenos Aires: Topía.

Cohen, H. Natella, G. (2013). La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar. Recuperado de:
<http://www.lugareditorial.com.ar/descargas/libros/978-950-892-425-4.pdf>

Cooper D. (1967). Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Locus. Hypocampus,.

Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. Revista CS [en línea], (enero-junio): Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4763/476348374002.pdf>

Dell'Acqua, P.(s.f) Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. Trieste, Italia. Trieste Salute Mentale. Recuperado de
<http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. Psicología, Conocimiento y Sociedad, N° 4, p. 83-96. Recuperado de: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

De León, N. (coord) (2013). Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.

Diaz, F.(2013). El lugar de la locura dentro de su tratamiento (Tesis de maestría). Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales, Chile Recuperado de:
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115692/Tesis%20Mag%C3%ADster%20Felipe%20D%C3%ADaz%20FINAL.pdf?sequence=1>

Foucault, M. (2003). Vigilar y castigar. Buenos Aires, Argentina: S.XXI

García, M, Triaca, J, Lopez, G, Barrios, M.C. y Novoa, G (2018). Propuesta para la implementación de la nueva ley de SM en ASSE (resumen). Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377,70787>

INDH: Informe anual de Derechos Humanos en Chile (2017), recuperado de: https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/12/02_Informe-Anual-2017_accesible.pdf

Ley 19529. (2017). Salud Mental. Montevideo: Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.

Ley 9581. (1936). Asistencia a psicópatas. Montevideo: Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.

Novoa, M, Lopez, G, Barrios, M.C, García Trovero, M, García Rampa, M, Triaca, J. (2018). Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE, diagnóstico de situación. Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377,71011>

OMS-OPS (1990) "Declaración de Caracas" Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela. 11-14 de Noviembre de 1990. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

Porteiro, F, Romano, S, Garcia, M, Triaca, J, Lopez, G, Barrios, C, Novoa, G. (2018). Propuesta para implementación Ley SM 19.529. Recuperado de <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377,70784>

Salud mental sin prejuicios. (2017, julio 5) Programa Arrayán - Programa Nacional de Viviendas Terapéuticas Transitorias. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=FxnSYS44tpw>

Equipos de asse avanzan en la implementación de la nueva Ley de Salud Mental. (2018, octubre 8). Recuperado de <http://www.asse.com.uy/contenido/Equipos-de-ASSE-avanzan-en-la-implementacion-de-la-nueva-Ley-de-Salud-Mental-11033>

Decidimos irnos Taller Sala 12 (2016, junio 2). Recuperado de <http://www.asse.com.uy/contenido/-Decidimos-irnos-Taller-Sala-12-8842>

Locura solidaria (2009, diciembre 8). Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2009/12/locura-solidaria/>

ⁱ Michel Foucault: filósofo, historiador y psicólogo francés, plantea que desde la creación del primer hospital psiquiátrico en París, la internación es guiada no por un fin curativo sino como forma de protección de la amenaza, el modo de curar la locura era a través de la disciplina, por lo tanto a lo largo de toda su obra va a establecer una perspectiva antimanicomial de la locura (Foucault, 2003).

ⁱⁱ Franco Basaglia: psiquiatra y neurólogo italiano, establece una nueva forma de pensar en relación al manicomio, y plantea alternativas al mismo, es uno de los principales impulsores de la Ley 180, en el año 1971 asume la dirección del hospital psiquiátrico de Trieste (Italia), comienza allí un trabajo de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas, junto a otros técnicos para llevar a cabo el cierre del hospital, a finales del año 1977. En su obra "la condena de ser loco y pobre" (2008) va a plantear que hay que trabajar en el cambio social, ya que hay que superar las relaciones de opresión, hay que aceptarlas, otorgándole un valor positivo, hace especial énfasis en el debilitamiento de los roles y de las identidades dentro de la institución psiquiátrica. Afirma que e hay que realizar un proceso de desinstitucionalización porque "de cualquier forma que fuera administrado el manicomio, será de todas maneras un lugar de control y no de cura" (p.103). A su vez va a decir que para cerrar los manicomios hay que cambiar la forma de pensar de las personas, hay que generar estrategias para cambiar la lógica institucional y poder dar respuesta a la persona que está sufriendo. El objetivo de este autor era humanizar las instituciones, lograr que desde adentro cada uno cambie, sobre todo los funcionarios, cambiando el rol asignado desde la propia relación con los usuarios y las organizaciones. La apertura de las instituciones psiquiátricas supone la participación de la gente, "sacar al loco a la calle" para poder convivir con la locura (Basaglia, 2008).