UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

**Entre el ser y el deber ser : discursos en torno
al debate por el proyecto de Ley de Salud Mental
(2015-2017)**

Fiorella Grippi Laurino

Tutor: Sebastián Aguiar
Co-Tutora: Beatriz Fernández Castrillo

2019

Contenido

Resumen	3
Introducción y fundamentación	4
Conceptos teóricos.....	6
Salud/enfermedad	7
Medicalización	8
Salud Mental	12
Locura	13
Psiquiatría	16
Internación	18
Antecedentes	21
Breve historia de la salud mental en Uruguay	21
Estado, políticas sociales y salud mental.....	25
Abordajes en los procesos de salud/enfermedad mental	28
Preguntas de investigación	30
Objetivos.....	30
General.....	30
Específicos.....	30
Metodología	31
Análisis de discurso	31
La exclusión en el discurso	33
Las resistencias en el discurso	35
Técnicas de relevamiento	36
Trabajo de campo	36
Documentos	36
Entrevistas	37
Análisis	38

Relato de los hechos	39
¿Quiénes?	39
¿Cómo?	41
Discusiones centrales:.....	45
El lenguaje: denominación <i>trastorno mental</i>	46
La institucionalidad	50
Síntesis de resultados y conclusiones	59
Bibliografía.....	62
Anexos	

Resumen

El objetivo de esta monografía es analizar el debate por la Ley de Salud Mental en Uruguay, entre los años 2015 y 2017. El eje de análisis son las categorías salud/enfermedad, buscando observar cómo se construye lo denominado trastorno mental, funcionando en tanto mecanismo de control y exclusión social. Se analizarán también los discursos sobre lo institucional: las instituciones monovalentes y asilares, y el Órgano de Contralor

La metodología realizada es el análisis de discurso, abordando las tensiones entre el discurso médico representado por la psiquiatría y el de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos. De este modo se aborda la relación entre poder y saber, y las formas de resistencia que se generan en torno a esta.

Siendo que el discurso es un objeto de estudio peculiar donde teoría y metodología se hacen difíciles de disociar, se realiza una construcción teórico–metodológica, en la que se usan conceptos teóricos en lo metodológico y metodológicos como teóricos. Se busca así lograr una coherencia que articule la temática de investigación, el modo de mirarla y el tipo de análisis.

Palabras clave: salud mental, discurso, psiquiatría.

Introducción y fundamentación

La presente investigación se propone reflexionar acerca de las formas socialmente construidas de definir la salud y la enfermedad, específicamente en el campo de la salud mental, entendiéndolas como parte de una lucha de poder que se da en el plano discursivo entre ciertas disciplinas. Para abordar la temática se tomará como estudio de caso el debate por la creación de la Ley de Salud Mental (19.529) en Uruguay (2015-2017), analizando en este proceso los diferentes discursos expuestos desde el saber médico y desde los movimientos sociales articulados en la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos.

Hasta agosto de 2017, nuestro país regía la atención en materia de salud mental por la ley 9.581 (Ley del Psicópata) creada en 1936 y que, por ende, refleja la concepción social de la enfermedad mental propia de la época y sus instituciones correspondientes. Tal como relata José Pedro Barrán (1990), cerca de 1900 se identifica el inicio de un proceso de cambio de sensibilidad que tiene como uno de los protagonistas principales a la medicina, la cual expande su saber sobre nuevas esferas de la sociedad y promueve la prevención y control social de la enfermedad física y moral. Mantener en el siglo XXI la ley 9.581 demuestra el severo rezago que se experimentaba a nivel legislativo con respecto al tratamiento de las personas con padecimientos psíquicos.

En el año 2015 el Ministerio de Salud Pública (MSP) convocó a diversos actores vinculados a la salud mental para realizar aportes en el proceso de redacción de lo que sería el proyecto de Ley de Salud Mental finalmente presentado en el Parlamento en diciembre de dicho año.

Esta es una temática que afecta directamente a una parte significativa de la población, ya que según datos del MSP (Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, 2013; 11): la carga de los trastornos psiquiátricos y neurológicos se estima en el 22% de la carga total de enfermedad, 4 de las 10 enfermedades de mayor morbilidad corresponden a problemáticas de salud mental y los trastornos de salud mental son la causa del 30% de la discapacidad. A pesar de ello, la enfermedad mental carga con un estigma muy particular asociado a la noción de peligrosidad, lo cual no permite que se haga visible la subjetividad de las personas que las padecen, generando procesos de exclusión y represión.

Asimismo, la responsabilidad por el padecimiento queda depositada en el sujeto individual, tal como señalan autores como Roy Fitzpatrick (1990) y Elliot Freidson (1978). Ellos identifican el rol de lo social en la construcción del paradigma de salud/enfermedad, que procura justamente dividir el padecimiento biológico de las personas y su ser social, obviando las múltiples y complejas formas en que ambas dimensiones intervienen entre sí.

En este sentido, es relevante cuestionar el avance de la medicina en el campo social y los procesos de medicalización que tienen que ver con el lugar privilegiado en el que se ubica el saber médico en nuestra sociedad, tal como indica Myriam Mitjavila (1998). El avance de esta disciplina es parte y resultado de la lucha por el poder de imponer un discurso hegemónico en el área de la salud mental. Retomando a Michel Foucault (1999), los mecanismos de exclusión del discurso son una fuente privilegiada de poder de los grupos dominantes, así como también es allí donde se despliegan las resistencias al mismo. Esto se encuentra íntimamente vinculado con los aportes de Pierre Bourdieu (1985) respecto al rol del lenguaje y la capacidad de categorización como una de las dimensiones simbólicas del poder.

En la creación de la Ley de Salud Mental en nuestro país, se pone en juego la definición de esos debates teóricos de larga data que son de suma relevancia y que continúan siendo plenamente vigentes, especialmente teniendo en cuenta el contexto de la región: en 2001 Brasil promulga la ley n° 10.216 que propone una profunda reforma psiquiátrica y en 2010 Argentina crea la Ley Nacional de Salud Mental que indica los lineamientos generales de la atención en esta área y estipula el cierre de los manicomios.

Si bien, estos procesos de transformación tienen características similares en Uruguay y la región, la configuración del escenario social en el debate tiene sus particularidades. En el caso de Uruguay, dos grandes actores se han manifestado de forma predominante en la esfera pública: por un lado, la psiquiatría en sus agrupaciones profesionales tradicionales: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, las Clínicas de Psiquiatría de adultos y pediátrica de la Facultad de Medicina, etc. Por otro lado, se conformó la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos (CNLSM) que nuclea organizaciones vinculadas a los Derechos Humanos en general, agrupaciones de

usuarios/as de servicios de salud mental y familiares, asociaciones académicas y estudiantiles relacionadas a la psicología y otras disciplinas afines, entre otras.

Si bien existen otros actores de suma relevancia como los/as funcionarios/as de las instituciones monovalentes y asilares, los/as legisladores/as implicados en el proceso de redacción y aprobación de la ley y muchos otros, en esta investigación se contemplarán los discursos de la psiquiatría y la CNLSM dado que representan dos posturas en tensión y son las que han logrado mayor visibilidad. A continuación, se profundizará en los conceptos teóricos clave que se encuentran interpelados en la discusión por la Ley de Salud Mental desde estos actores.

Conceptos teóricos

En los siguientes apartados se abordarán teóricamente las cuestiones vinculadas a los procesos de salud y enfermedad, buscando comprender el rol de las Ciencias Sociales y de la Sociología en particular en esta área, a través de la deconstrucción de la noción de enfermedad como proceso exclusivamente biológico. Asimismo, se describirá el vínculo entre medicina y sociedad a través de los procesos de medicalización, entendiendo como parte de los mismos las estrategias discursivas de la medicalización (Mitjavila, 1998) que impregnan al conjunto de la población y otorgan a esta disciplina autoridad cultural además de científica.

Más adelante se tratarán conceptos específicos de la salud mental, para lograr una presentación de los principales actores involucrados: el loco y el psiquiatra; así como de su principal espacio de interacción: el internado. Se entiende pertinente esbozar el campo de la salud mental y ubicar en él los diferentes actores que involucra la presente investigación, de forma tal que el análisis de sus discursos se encuentre en relación a este posicionamiento y a las luchas y tensiones que presenta.

Salud/enfermedad

Se comenzará por problematizar los conceptos de salud y enfermedad, entendiéndolos como parte de una construcción social, desde la perspectiva de Roy Fitzpatrick (1990), Georges Canguilhem (1971), Elliot Freidson (1978) y Eduardo Menéndez (1984). Esto permitirá complejizar las bases mismas del campo de la salud que luego serán debatidas de forma más concreta en el proceso de creación de la Ley de Salud Mental.

Estos autores comparten una visión particular sobre la forma de conceptualizar la salud y la enfermedad: procuran ampliar su significado e incorporar la dimensión social y cultural. En este sentido, la enfermedad puede ser entendida como una desviación del eje de normalidad vinculado a la salud (Freidson, 1978). Es más que los síntomas, sus causas y las terapias que se aplican: abarca un conjunto de símbolos que tienen que ver con lo cultural y, por ende, el análisis de estos procesos de salud/enfermedad no se puede realizar de forma independiente al contexto social, cultural e histórico (Fitzpatrick, 1990).

Estos componentes se encuentran presentes desde la conceptualización misma de qué es la salud y qué es la enfermedad, intervienen en el proceso de diagnóstico y tratamiento y, finalmente, implican cambios en la autopercepción del sujeto, así como en su interacción social. La enfermedad se trata de un juicio de valor: “enfermo es un concepto general de no valor que comprende a todos los valores negativos posibles. Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado, etc.” (Canguilhem, 1971; 88).

En este sentido, determinadas características biológicas tienen consecuencias drásticamente diferentes según el entorno social y cómo se entienda oportuno atender la enfermedad (Freidson, 1978). Esto no significa que no haya procesos biológicos de deterioro del cuerpo que afecten a las personas, sino que se propone incorporar también los efectos de la cultura, ampliando la dimensión puramente física. Desde esta perspectiva, la *enfermedad* en términos de conjuntos de signos biológicos puede ser la misma en dos sociedades diferentes, pero las interacciones entre el sujeto que la padece y su entorno pueden ser completamente distintas y es este factor el que finalmente determina el curso de las vidas (Freidson, 1978).

Esto es fundamental si se pretenden debatir distintos modelos de conceptualizar, y por ende abordar la salud mental en nuestro país. De las decisiones políticas y las prácticas que de ellas se desprendan, derivarán importantes repercusiones sociales que tendrán un claro impacto en cómo las personas viven y transitan su padecimiento. Es necesario pensar la enfermedad, cualquiera sea, desde una perspectiva más amplia a la estrictamente médica – biológica, completamente necesaria pero no suficiente.

Freidson (1978) propone explicitar el rol de la sociología en el estudio de la enfermedad y su forma específica de definirla, ya que no se pretende abordar la idea de enfermedad en sí misma sino el proceso mediante el cual un sujeto es definido como enfermo y lo que sucede socialmente a partir de allí en los procesos de diagnóstico y tratamiento, más allá de su fundamento en la realidad biológica. Este autor propone entonces pensar la enfermedad desde la sociología como una desviación social, cuyo tratamiento se encuentra bajo el dominio de la medicina y por ende, se hace necesario retomar el foco de atención en lo que es social acerca de la enfermedad.

Desde esta perspectiva teórica, la Ley de Salud Mental se vuelve un instrumento aún más clave como espacio de disputa de las diferentes construcciones del concepto de enfermedad. Entenderla como parte de procesos sociales, históricos y culturales más amplios permite vislumbrar el alcance e implicancias de la creación de esta ley que va más allá de la regulación de la práctica médica, sino que tienen que ver con la propia disputa por la definición del campo de la salud mental y sus consecuencias en las prácticas.

Necesariamente, otras disciplinas además de la medicina deben aportar a la conceptualización y abordaje en salud mental, entre ellas la sociología debe ocupar un lugar que permita llenar de significado el término *enfermedad* para una sociedad y contexto cultural e histórico determinado, habilitando así el entendimiento del sujeto que sufre de una forma más adecuada, digna y compleja.

Medicalización

Continuando la reflexión acerca de la medicina y su vínculo con lo social, se referirá ahora a los proceso de medicalización que dan cuenta del movimiento que ha realizado esta disciplina a lo largo de la historia, adentrándose de forma paulatina pero evidente

en la vida cotidiana de las personas, así como sus efectos en las mismas. El término medicalización refiere a “los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibía en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Menéndez en Mitjavila, 1992; 37).

El rol predominante de la medicina en el tratamiento de la enfermedad y en la sociedad en general encuentra sus orígenes en la modernidad con la conquista de un estatuto científico, profesional y político (Mainetti, 2006). Anteriormente, las sociedades tribales brindaban explicaciones de tipo metafísico para este asunto, se entendía que la enfermedad venía de otro mundo, de antepasados o fuerzas sobrenaturales que enfermaban los cuerpos por su vínculo con el cosmos. De esta forma, había un código moral íntimamente vinculado a la enfermedad, a través del cual el cuerpo físico se proyectaba sobre el cuerpo social (Porzecanski, 2008).

Sin embargo, el positivismo desarrollado en la modernidad, ha producido profundas transformaciones en la concepción de la enfermedad y por consiguiente del rol de la medicina en las sociedades. Comienza a instalarse una contextualización racional, vinculada al empirismo y más cercana al laicismo que se aleja de las ideas románticas de la enfermedad (Porzecanski, 2008). En este marco, se construye una ciencia pragmática que da lugar a un lento proceso de despersonalización del paciente, el cual se puede identificar en el diálogo entre los/as representantes de la psiquiatría y los/as usuarios/as de servicios de salud mental en torno a la Ley de Salud Mental, siendo estos últimos colocados en una posición donde su subjetividad prácticamente no es contemplada desde la ciencia.

Hay entonces un desplazamiento desde cómo era concebida la enfermedad en términos sociales y metafísicos, para ubicarla en el cuerpo material y concreto del individuo determinado (Porzecanski, 2008). Este proceso es ideológico y termina por alejar al sujeto enfermo de la comunidad, dejándolo solamente bajo el control de la medicina, con los efectos de aislamiento que sus terapéuticas conllevan.

La medicalización en la modernidad transcurre en forma recíproca con otro de los procesos más significativos de la época: la civilización. Tal como entiende Teresa Porzecanski (2008), la medicalización ordena creencias, hábitos y prácticas en función de los avances científicos del saber médico. Este disciplinamiento se inscribe en el afán

civilizatorio, ya que tiene que ver con un momento fundacional que da lugar a códigos compartidos e identidades integradas.

Nuevamente, encontramos aquí cómo el cuerpo físico individual se vincula con el cuerpo social, pero ya no desde lo metafísico sino desde la ciencia. Particularmente, la medicina siempre ha ejercido un poder normalizador, estableciendo un orden normativo que se contrapone al de la religión o el derecho (Mainetti, 2006); es en esta orientación al cumplimiento de ciertos valores esenciales para el conjunto social, donde se encuentra la dimensión cultural de su poder y lo que justifica su intervención en distintas esferas (Mitjavila, 1998).

Es importante identificar que la medicalización de lo social no es un rasgo propio de la naturaleza de la medicina (Mitjavila, 1992), sino que es posible cuestionar los procesos sociales que han llevado a este desarrollo. La medicalización sirve de vehículo para el ejercicio de control, ya que la tipificación que realiza en términos de normalidad/anormalidad lleva consigo modelos controlados de conducta tanto en los procesos de salud como de enfermedad. De esta forma se construyen relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de los fundamentos médicos, convirtiéndose la medicina en una norma invasora de la vida cotidiana.

Según Menéndez (1984) se establece socialmente una relación teórica, técnica e ideológica respecto a los procesos de salud y enfermedad, donde la interpretación de las enfermedades debe ser compartida entre los conjuntos sociales y los curadores, quienes llevan adelante las funciones sociales de cura y control. A raíz de ello, es posible que se lleven adelante formas de autocontrol o autodisciplina que tienen que ver con la autoridad cultural de la medicina y los valores que ésta pregonan. Asimismo, surgen como nuevas instituciones de control aquellas que no tienen éste por objetivo precisamente, sino que se enmarcan en la legitimación del saber médico y su estatus de ciencia.

En los procesos de medicalización intervienen diversos actores. Alicia Stolkiner (2013) señala la existencia de procesos de mercantilización de la salud, donde las aseguradoras y la industria farmacológica toman preponderancia. Los centros de investigación quedan sujetos a los intereses económicos de quienes proveen la financiación, determinando las líneas de investigación que se llevan adelante y por ende, influyendo en la *creación de enfermedades*, como lo denomina la autora. Esto es el proceso mediante el cual se aísla

un problema y se lo redefine como enfermedad o síndrome, presentando sus características como síntomas y reduciéndolo al nivel individual – biológico.

Dicho proceso, tiene como una de sus consecuencias directas aumentar el corpus de asuntos sobre los que la medicina no solo interviene, sino que se convierte en la autoridad experta para hacerlo. En el campo de la salud mental, este es un punto de tensión ya que al ser un espacio de abordajes complejos y en disputa entre varios saberes, la preeminencia histórica de la medicina en las decisiones relativas al tratamiento y atención de las personas con padecimientos psíquicos es cuestionada y resistida por diversos actores.

Este proceso que parte del sujeto, convertido en caso y por ende, en objeto de estudio y poder, permite legitimar en el campo de la medicina una cierta “autonomía concedida”. Con este término Mitjavila (1998) refiere al derecho exclusivo que la propia sociedad le ha otorgado a la medicina para determinar quiénes pueden legítimamente intervenir en dicho campo y de qué forma. En este sentido, debido a la autonomía del saber médico y sus prácticas se da también una autorregulación y una consiguiente supresión o subordinación de otros tipos de saberes, lo cual se podrá analizar empíricamente retomando el debate por la creación de un Órgano de Contralor en la Ley de Salud Mental.

Sin embargo, el saber médico trasciende en su intervención los campos científicos de la salud y el campo sanitario por la vía de estrategias discursivas de la medicalización (Mitjavila, 1998); la dimensión discursiva de la medicalización es clave, ya que el lenguaje cumple la función de construir el mundo, organizar la experiencia (Mainetti, 2006) y determinar formas de ver, enunciar e intervenir (Mitjavila, 1998). En este sentido, se puede identificar una creciente imbricación entre el lenguaje científico y común, notándose una presencia hegemónica del lenguaje médico en la vida cotidiana (Stolkiner, 2013) que medicaliza el lenguaje ordinario y se convierte en un corpus lingüístico cuya influencia se extiende (Mainetti, 2006).

Sin embargo, Menéndez (1984) identifica en esta situación una paradoja interesante: al mismo tiempo que el discurso médico impregna más espacios de la sociedad, también se diferencia cada vez más del saber social. De esta forma, los médicos hablan un lenguaje propio, convirtiendo el diagnóstico en algo imposible de ser explicado al paciente, como un código prohibido (Porzecanski, 2008). Este discurso no ha transitado

los mismos procesos de democratización que sus terapias, pero sí ha permeado fuertemente en la sociedad su autoridad cultural para promover ciertos valores en base al conocimiento científico, retomando la terminología de éste.

Analizar el discurso médico en el contexto del debate por la Ley de Salud Mental y el de los movimientos sociales en contraposición, permitirá identificar la relación entre cuerpo físico y social que se desarrolló anteriormente y las formas de control que alberga. También es pertinente rever los límites de la autonomía de la medicina otorgados y legitimados por la propia sociedad, ya que en el contexto del debate por la ley ha sido uno de los ejes transversales: ¿debe la medicina autorregularse por ser la poseedora de los conocimientos técnicos o puede la sociedad desarrollar sus propios mecanismos de contralor que aseguren una práctica médica en clave de Derechos Humanos?

Es importante tener presente que el avance de la medicina sobre lo social no es un resultado natural ni inevitable del avance de esta ciencia, sino que tiene que ver con los procesos de civilización y disciplinamiento necesarios para ejercer el efectivo control de las poblaciones. Por ende, debatir modelos de salud y enfermedad mental a plasmar en una ley implica debatir modelos de sociedad y pensar el vínculo entre los sujetos y sus cuerpos y la sociedad.

Salud Mental

Luego de revisar el rol de la medicina en la sociedad y sus implicancias en las vidas y cuerpos de las personas, se continuará con el campo específico de la salud mental buscando profundizar en la construcción del concepto de locura desde la perspectiva histórica de Michel Foucault (1990) y en las características propias de psiquiatría como disciplina y su rol político gracias a los aportes de Franco Basaglia (1989) y Thomas Szasz (1989).

En este apartado se trabajarán conceptos que atañen directamente a los actores que forman parte central de la presente investigación, identificando su lugar en el campo de la salud mental y reflexionando acerca de sus vínculos con el poder para así comprender las implicancias tanto de los/as psiquiatras como de las personas con padecimientos psíquicos en la discusión por la Ley de Salud Mental en Uruguay.

Finalmente, se reflexionará acerca de la práctica de internación en el abordaje en salud mental, a partir de los aportes de Erving Goffman (1984). Las instituciones asilares están siendo particularmente cuestionadas en la actualidad, así como los efectos negativos de la internación prolongada para los sujetos con padecimiento psíquico que se encuentran aislados de su entorno. Por este motivo, es importante comprender las relaciones de poder antes mencionadas también en este escenario específico que ha sido el lugar históricamente privilegiado para la asistencia en materia de salud mental.

Locura

En este apartado se reflexionará acerca del concepto de locura como una construcción socio-histórica y política, tal como lo entiende Michel Foucault (1990). De esta forma, se pretende dar continuidad a la deconstrucción del binomio salud/enfermedad en el campo de la salud mental, incorporando la perspectiva histórica, social y política para comprender los procesos detrás de un concepto tan permeado en el imaginario social y científico, y que es el objeto central del debate que aborda esta investigación.

Foucault (1990) realiza un recorrido histórico desde el final de la Edad Media hasta la Modernidad, demostrando los cambios en la concepción social de la locura, que según el momento toma la forma de sinrazón, alienación o enfermedad mental.

Señala el inicio de su relato en la eliminación de la lepra, justamente sobre el final de la Edad Media, dejando libre ese lugar de ritos de exclusión, a pesar de la persistencia simbólica del *leproso* como figura temible que urge separar. Vagabundos, pobres y alienados vienen a ocupar este espacio físico (los lugares de reclusión), social (la función de exclusión) y simbólico (el objeto de miedo). Estos espacios de exclusión son el receptáculo de todo lo que la sociedad tiene de inmundo y vil, de un mal que es a la vez físico y moral (Foucault, 1990)

La locura en la Época Clásica tiene la característica particular de que trasciende los límites permitidos del saber, de forma tal que se presenta siempre en oposición al orden de la razón que la juzga y domina, asociada a la coherencia, la lógica y la continuidad del discurso; de esta forma la dimensión discursiva toma un rol preponderante como su condición de existencia en el discurso delirante.

El mundo del desorden propio de la locura se encuentra completamente ordenado: se proceden a hacer categorizaciones de los locos y su consiguiente internación. En este momento histórico, los Hospitales Generales no son establecimientos médicos ni se rigen por esta lógica en su funcionamiento, sino que son una entidad administrativa y semi-jurídica que tiene por objeto el orden en la ciudad, ya que “el orden de los Estados no tolera ya el desorden de los corazones” (Foucault, 1990; 119).

El ingreso al Hospital General puede estar justificado en la Época Clásica tanto por la categoría de beneficencia como de represión, pero aún se pueden identificar estos rasgos en la actualidad, ya que las personas con padecimientos psíquicos suelen ser internadas bajo una u otra argumentación: ya sea la noción de peligrosidad para sí mismo o terceros, o la búsqueda de protección de sus derechos en esa situación de particular vulnerabilidad.

La internación constituye en la Época Clásica un espacio pedagógico también, ya que es una especie de “manicomio para la verdad” (Foucault, 1990; 157) en el cual se aplica un grado de coacción moral tan rigurosa que resulta inevitable reencontrar la razón. El ingreso al internamiento es usualmente solicitado por la familia o los vecinos que reconocen al loco por sus palabras desordenadas o por sus acciones incoherentes. De la misma forma, el fin de internamiento se encuentra determinado por el tiempo necesario para que el castigo surta efecto.

Foucault (1990) reafirma la importancia de comprender cuál es la sensibilidad social de la época sobre la que se fundó la conciencia médica de la locura, ya que la medicina comienza a conceptualizar como enfermedad lo que hasta ese momento era percibido como malestar social. De esta forma, se puede observar una confusión entre tratamientos y castigos que no ha podido ser completamente desanudada incluso con la llegada de la psiquiatría positivista, según el autor.

La locura es entonces un asunto de sensibilidad social y es imprescindible mantener esto presente para pensar la salud mental en la actualidad también. No sabemos dónde comienza la locura pero sí sabemos de una forma casi automática, instantánea e indudable (y sin la necesidad de ningún conocimiento técnico), lo que es el loco (Foucault, 1990).

De la mano de la ciencia positivista, la locura se resignifica en términos de enfermedad, despojándola de los velos místicos que anteriormente se le habían otorgado para definirla como alteración del cerebro. La locura deja de ser un objeto de temor o un tema de escepticismo, sino un objeto de la ciencia que la conoce y gobierna.

La medicina busca generar conocimiento a partir de un inventario de lo que se encuentra manifiesto en la percepción y más evidente en la verdad; las ciencias de las enfermedades mentales solamente pueden ser ciencias de la observación y clasificación. Toda cura es a la vez una práctica y una reflexión sobre sí misma y la enfermedad que exige un lenguaje en común, una comunicación al menos imaginaria, entre médico y enfermo (Foucault, 1990).

En este contexto, se reproducen las categorías en las que se subdivide la locura ya que resultan insuficientes, de esta forma “se multiplican las formas, se desdobl原因 los rostros” (Foucault, 1990; 77) y la sensibilidad a la locura que antes era uniforme, se abre de forma repentina.

La medicina irrumpe entonces en el asilo y el médico se convierte en la figura central de ese espacio. Sin embargo, este cambio no se debe a una conquista por parte de la medicina gracias a su filantropía ni objetividad científica sino que este espacio se generó debido a cambios sociales, políticos, de los ritos e imaginarios, etc. (Foucault, 1990) Si bien a principios del siglo XIX la sociedad entiende que los locos deben ser tratados mejor que los prisioneros comunes, esto no se enmarca en un movimiento humanístico ni en una necesidad científica, sino en las consecuencias propias de los movimientos al interior del confinamiento donde la locura se independiza de la sinrazón y la pobreza, tomando posesión del internamiento.

Esta nueva configuración donde la locura queda desligada de otras formas de sinrazón, genera un dilema para el legislador que no sabe si ubicarla en el espacio social de la prisión, el hospital o la familia. La economía liberal tiende a confiar en la familia y no en el Estado la asistencia de los enfermos y los pobres, pero no así del loco ya que es considerado demasiado extraño e inhumano (Foucault, 1990). Incluso, dentro del hospital se genera una especie de *gran familia* ficticia que permite a la familia burguesa desentenderse del asunto.

De esta forma, la internación pasa a tener una doble función. Por un lado, la que ya tenía de exclusión: protección contra el loco en el espacio de exclusión; por el otro, la función médica de protección contra la enfermedad en el espacio de recuperación (Foucault, 1990) En este marco, el médico cumple un rol de guardián que protege a los otros del peligro, pero su intervención no es por su saber o conocimiento objetivo sino como garantía jurídica y moral, y sus poderes son de orden social y moral. Este carácter de la autoridad médica fue en un principio transparente y claro, pero con el avance del positivismo es poco a poco olvidado y se impuso el mito de la objetividad científica.

Dado que “la concepción positivista de la locura es fisiológica, naturalista y anti-histórica y han sido necesarios el psicoanálisis, la sociología y la psicología de las culturas para sacar a la luz el nexo que podía tener la patología de la historia con la historia” (Foucault, 1990; 60), se reafirma la necesidad de continuar incorporando miradas y saberes en la reflexión sobre la salud mental para lograr atender la complejidad y multidimensionalidad de la cuestión.

Psiquiatría

Esta disciplina es clave en el debate por la Ley de Salud Mental, dada la trayectoria y legitimidad de la que goza su conocimiento en el área. Para comprender esta centralidad es fundamental retomar algunos aportes de Basaglia (1989), y su problematización en torno a la construcción de la práctica psiquiátrica y su rol político.

Franco Basaglia (1989) desarrolla sus cuestionamientos al abordaje hegemónico vigente en salud mental y muy especialmente respecto al modelo de aislamiento que caracteriza los hospitales psiquiátricos. En los mismos, entiende el autor, se busca recluir y separar a las personas que rompen de alguna forma con las normas socialmente aceptadas, ignorando las contradicciones a las que se encuentran sujetas las personas en su vida en sociedad. De esta forma, se busca categorizarlas de acuerdo a si están fuera o dentro de *lo normal* para sancionarlas o separarlas en caso de que se considere oportuno.

Es por esto que Basaglia (1989) retoma la dimensión política del tratamiento psiquiátrico, ya que entiende que en el momento en que se procura transformar las instituciones para que dejen de ser opresoras, salen a la luz toda una serie de problemáticas que evidencian qué es realmente la ciencia y con qué fines ha sido

utilizada, lo cual se buscará identificar en el debate por la Ley de Salud Mental en Uruguay.

En este sentido, el autor procura romper con la división entre tareas técnicas y políticas, ya que entiende que al llevar adelante su trabajo, el psiquiatra hace política y no sólo ciencia. “El técnico dice que su técnica es neutral, dice que cura al enfermo y nada más. [Sin embargo,] el enfermo tiene en su interior toda una problemática social, que está íntimamente ligada con la lógica del sistema social en el que vive” (Basaglia, 1989; 25).

Es necesario comprender esta complejidad derivada propiamente de lo social y sus implicancias en la concepción y tratamiento de la enfermedad mental y en la tarea de la psiquiatría. Modificar una institución o transformar la ciencia implica inevitablemente cambiar también la lógica social, ya que la construcción científica remite a ésta y continuará reproduciendo los mecanismos de represión a menos que estos cambien en su base social o se proponga explícitamente romperlos.

Thomas Szasz (1989) entiende que en el caso de las enfermedades mentales, a diferencia de las físicas, los síntomas son en realidad problemas funcionales o de adaptación y por ende, las primeras no pueden ser consideradas como enfermedades *reales*.

Al mismo tiempo, señala que existe una diferencia sustancial entre tener una enfermedad y ser un paciente, ya que esto último implica el desempeño de un rol, no solamente tener ciertos signos físicos, como se desarrolló también en el apartado referido a la deconstrucción del binomio salud/enfermedad. El autor considera particularmente relevante que en psiquiatría se ignore el hecho de que muchos de los pacientes que tratan a diario se niegan a ocupar ese rol, dado que son colocados allí de forma involuntaria.

En tanto no desean para nada ser pacientes sino que desean que los psiquiatras los dejen en paz, no son, en mi opinión, pacientes. Son prisioneros. O son pacientes solo en sentido metafórico, por el hecho de que sus psiquiatras los tratan como si estuvieran enfermos (Szasz, 1989; 92).

Son estos los motivos que llevan a Szasz (1989) a rechazar enfáticamente todo tipo de acción que vaya en contra de la voluntad del sujeto, desde el primer acto de colocarlo en el rol de paciente sin que éste lo desee, hasta todos los tratamientos y formas de terapia

que se le apliquen bajo el fundamento de su trastorno. El autor entiende que cualquier intervención involuntaria debe ser entendida como un castigo o sanción social, procurando controlar la conducta del paciente y perpetuar su conformismo social.

Una Ley de Salud Mental, con lo que este término implica, debería desde la mirada de estos autores procurar alejarse de la lógica de sanción a la desviación social, para así habilitar prácticas que promuevan la salud mental del conjunto de la población. En este sentido, en la disputa por la creación de distintos tipos de institucionalidad en el marco de la ley, se pueden buscar las evidencias del rol político de la psiquiatría y las múltiples formas en que el cambio institucional y las transformaciones sociales deben ser necesariamente retroalimentadas entre sí.

Justamente, por ser un asunto político, se han movilizadod diversos actores e irrumpen en escena los/as usuarios/as de servicios de salud mental organizados, señalando su derecho a incidir en la normativa que regula su atención. La perspectiva planteada por Szasz (1989) permite un acercamiento a la construcción de la persona que sufre como un sujeto de derechos, ya que reconoce como inadmisibile que ésta sea obligada a cumplir el rol de paciente sin su consentimiento.

Internación

El espacio que se le ha asignado por excelencia a la locura a lo largo de la historia y aún en la actualidad es el internado. Asimismo, es el lugar de mayor encuentro y tensión entre las prácticas médicas y las personas definidas como *locas*. Es por esto que en la creación de la Ley de Salud Mental los manicomios son un tema central: por su significación y el tipo de modelo de abordaje y tratamiento que representan y encarnan, por sus repercusiones sociales en términos de estigma y por ser un espacio de dominio casi total de la psiquiatría.

Goffman (1984) entiende este tipo de espacios como instituciones totales, es decir “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1984; 13).

Las tendencias absorbentes de las instituciones totales se manifiestan mediante toda una serie de trabas para acceder a la interacción ya que rompen con una forma de vida típica

de la sociedad moderna en la cual las actividades que desarrolla una persona a lo largo del día se encuentran diferenciadas por los espacios en los que se llevan adelante.

Dado que todas estas actividades son previamente programadas en torno a objetivos y necesidades de la institución, dejando a los internos sin ningún tipo de posibilidad de elección, algunas de ellas pierden por completo su significado (por ejemplo, el trabajo) dando lugar a la emergencia de conductas que no serían propias del sujeto fuera de la institución total y que son luego resignificadas a los ojos del espectador como signos de un comportamiento patológico.

Entre las consecuencias de las internaciones en aislamiento prolongadas, el autor señala la *desculturación* para dar cuenta del proceso de pérdida de entrenamiento en cómo manejar ciertos aspectos de su vida en el mundo exterior, al mismo tiempo que la poca o nula interacción con la sociedad impide al interno la posibilidad de actualizarse respecto a los cambios sociales. Las instituciones totales “crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres” (Goffman, 1984; 26).

Otra característica de relevancia de las instituciones totales es el proceso de mortificación del yo, ya que al ingresar se pretende una ruptura identitaria del sujeto y una separación de los roles que desempeñaba fuera, representando de cierta forma una *muerte civil*. Como se ha mencionado, al mismo tiempo que se despoja al sujeto de los roles que desempeñaba anteriormente, se lo obliga a ocupar uno nuevo: el de paciente (Szasz, 1989). De todas formas, estos procesos son cuestionables más allá del carácter de la internación, ya que incluso en los casos de internación voluntaria la persona puede perder luego la posibilidad de tomar otras decisiones de igual importancia.

Específicamente respecto a los hospitales psiquiátricos, Goffman (1984) se propone denunciar que el vínculo que allí se establece no es el de una relación de servicio, dado que el tratamiento del cuerpo no permite que éste sea dejado como una posesión más para ser luego recogida, mientras que el cliente continúa con su cotidianidad. Ante esta dificultad la lógica médica responde con un trato indiferente que le permite salvar la distancia entre un objeto que es dejado y una persona social, por ejemplo al momento de informar al paciente acerca de su condición el médico suele poner de manifiesto su lugar de objeto, desplazando el rol de cliente al familiar o tutor.

Varios otros conflictos se derivan de esta situación “entre lo que más conviene a los genuinos intereses del cliente, según el criterio del servidor y de su disciplina, y los deseos del cliente mismo” (Goffman, 1984; 339) la cual se complejiza por la tensión a su vez entre los intereses del cliente y los de la comunidad. De esta forma, ya no se puede entender al hospital como un ambiente natural y benigno: implica una clara situación de angustia para el paciente y es indefectiblemente en un espacio de custodia.

Las siguientes decisiones [luego del ingreso] tienden a ser políticas, en el sentido de expresar los intereses particulares de alguna facción o alguna persona, y no el interés superior de algo que puede suponerse al margen de toda consideración partidaria, como la patología médica (Goffman, 1984; 358).

El autor entiende que los psiquiatras no logran renunciar a la ficción de neutralidad - como también indicaba Foucault (1990) haciendo referencia al mito de la objetividad en la ciencia positivista - pero tampoco llevarla adelante. Por otro lado, la sociedad en general también se siente satisfecha con la representación del modelo médico como un modelo de servicio, ya que permite la tranquilidad de saber que las personas encerradas en hospitales psiquiátricos reciben allí un tratamiento médico y no simplemente un castigo.

Estos aspectos relativos al rol del/de la paciente en la internación, la ruptura con el lugar de cliente en el que se lo pretende colocar y la resonancia que se permite o no a su voz, serán cruciales en la discusión de la Ley de Salud Mental para problematizar el lugar de los/as usuarios/as como sujetos de derecho que comienzan a organizarse en movimientos sociales. Reivindicar y defender los derechos de las personas con padecimientos psíquicos es uno de los grandes cometidos de los movimientos sociales que se han pronunciado en torno a la creación de la ley y es uno de los ejes de principal articulación con la academia y organismos internacionales. Asimismo, aquí se encuentran las claves para comprender los efectos más nocivos de la internación y especialmente la internación prolongada en la subjetividad de los sujetos y su vínculo con la sociedad, llevando como conclusión inevitable a la necesidad de pensar abordajes de Salud Mental Comunitaria respetuosos con los derechos de las personas con padecimientos y más consecuentes con el objetivo de reducir esos niveles de sufrimiento otorgando contención y acompañamiento que no provoquen un quiebre tan pronunciado con su entorno, al que luego se hace muy difícil retornar.

Antecedentes

A continuación se realizará un breve recorrido por los aportes nacionales respecto al tema de salud mental, evidenciando los principales abordajes teóricos y temáticas manejadas. La recolección de estos elementos clave permite comprender el recorrido que ha llevado a la Ley de Salud Mental y es indispensable para la comprensión del debate en torno a la misma y el posicionamiento de los actores.

La salud mental ha sido una temática abordada por la academia en Uruguay desde múltiples disciplinas. En este apartado se retomarán aportes articulados principalmente en publicaciones del Grupo de Estudio sobre Discapacidad (GEDIS) y el Área de Salud Mental, ambos del Departamento de Trabajo Social (FCS, UDELAR), que incluyen la participación de representantes de la Facultad de Psicología.

A modo introductorio, se realizará un repaso histórico de la situación de la salud mental en nuestro país, siguiendo el trabajo de Beatriz Fernández Castrillo (2017 *ii*). Más adelante se reflexionará acerca del rol del Estado y las políticas sociales en la creación de subjetividades, desde la perspectiva de Cecilia Silva Cabrera (2012 *i, ii*) y se mencionará la importancia de las reformas en el área de salud mental en nuestro país recogidas por Nelson de León y Andrés Techera (2017) de cara a la creación de la Ley de Salud Mental. Finalmente, se problematizarán los modelos de abordaje en salud mental y el paradigma vigente, como parte de los insumos para reflexionar acerca de las discusiones centrales en el debate por la Ley de Salud Mental y las transformaciones necesarias en este campo.

Breve historia de la salud mental en Uruguay

La primera institución destinada a la internación de personas con enfermedad mental data de 1879 y fue el “Asilo de Dementes” con una capacidad para 348 personas. Al año siguiente se funda el Hospital Vilardebó con 700 camas disponibles y en 1912 se crean las Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi. En cuanto a los niños, niñas y adolescentes, éstos/as eran contenidos desde el sistema educativo, el entorno familiar o en el sistema de salud general.

Esta tendencia al aumento de la internación psiquiátrica se ha sostenido durante casi todo el siglo XX hasta la década de 1970 cuando se constata la superpoblación y se lleva adelante un proceso de *desmanicomialización forzada*, mediante el cual se disminuye en un 50% la población internada.

Desde la década de 1960 ya habían tomado fuerza los cuestionamientos al modelo asilar, en el marco de la resistencia a la escalada represiva que transitaba nuestro país y en torno a la defensa de los Derechos Humanos. Estos movimientos proponen comprender el padecimiento mental en su significación subjetiva y en la trama relacional del contexto socio histórico y político concreto (Fernández Castrillo, 2017 *ii*). Fernández Castrillo (2017 *ii*) también retoma la importancia del informe de Pierre Chanoit de 1966, acerca del tratamiento de la salud mental en Uruguay, en su calidad de consultor de la OPS/OMS, fue clave para denunciar la grave situación de los centros de internación e instar a las autoridades correspondientes a llevar adelante transformaciones.

Las instituciones asilares en ese momento se caracterizaban por una infraestructura insuficiente, escaso personal y sin especialización, tratamiento casi exclusivamente somático con medicación y electroconvulsoterapia, con escasos dispositivos de intervención psicosocial y psicoterapias, y con egreso de pacientes sin plan de tratamiento post alta (Fernández Castrillo, 2017 *ii*).

Sin embargo, el proceso de desmanicomialización antes mencionado no tuvo que ver con un cambio de modelo de abordaje, ya que no se desplegaron dispositivos alternativos teniendo como consecuencia una doble vulneración a las personas con padecimientos psíquicos que quedaron completamente desprotegidas y en general, en situación de calle.

Tras la reapertura democrática se da lugar a un intenso trabajo de discusión entre los actores del sector político, gremial, académico y de la sociedad civil organizada, que tiene como producto final el Plan Nacional de Salud Mental de 1986. En este año se constatan unas 2.000 personas internadas, de las cuales 1.400 lo estaban desde hacía diez años o más (hasta 30) y eran considerados “pacientes con escasas posibilidades de retorno a la comunidad”. Muchos de ellos ni siquiera se encontraban correctamente identificados (Fernández Castrillo, 2017 *ii*).

La alta tasa de “pacientes sociales” en los centros de internación habla de una tendencia persistente de atender malestares sociales por medio de dispositivos psiquiátricos clásicos que no logran atender este sufrimiento de la población. En este sentido, la desprotección del Estado Neoliberal de la década del '90, deja la contención de las personas en su vida y problemáticas cotidianas en manos de la medicina, de forma tal que “cualquier disfunción responde únicamente a quien presenta el síntoma” (Fernández Castrillo, 2017 *ii*; 25).

En 1994 se publica el informe “Derechos y Salud Mental en Uruguay” realizado por la organización Mental Disability Rights International, en el cual se denuncia nuevamente la grave situación de la atención en salud mental en nuestro país. Se entiende que:

La injustificada, innecesaria y a veces perjudicial internación de personas por períodos muy prolongados y la prácticamente inexistencia de servicios de salud mental comunitaria, fragmenta los vínculos interpersonales, familiares y económicos con detrimento del desenvolvimiento social de las personas, que hacen difícil el retorno al medio de pertenencia. (Fernández Castrillo, 2017 *ii*; 32).

En esta coyuntura, la Universidad de la República también se manifiesta en su rol de agente involucrado en la formación de recursos humanos. Desde la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina se propone la reorganización de la red asistencial mediante la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales de todo el país. Sin embargo, el contexto previo a la crisis económica del 2002 y la crisis misma, interrumpen las posibilidades de poner en práctica el Plan Nacional de Salud Mental.

En 2008, una vez atravesada la crisis y en momentos de mayor estabilidad, se implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con un claro espíritu reformista que, como se retomará más adelante, es cuestionado luego por algunos actores. En este marco se redacta el Plan de Implementaciones de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, que obliga a todos los prestadores de este sistema a brindar atención a la población en nuevas áreas de la salud mental para disminuir la brecha existente entre las necesidades terapéuticas de la población y los servicios a los que se puede acceder para satisfacerlas, privilegiando el primer nivel de atención (Fernández Castrillo, 2017 *ii*). Según la autora, en este documento se retoman los lineamientos

avalados por nuestro país y expuestos en la Declaración de Caracas del año 1990 y otros tratados internacionales como la Estrategia Regional de Salud Mental.

A pesar de estos esfuerzos, la cooperación público – privada no ha funcionado según lo esperado y la vocación reformista de estas normativas se ha visto truncada. Las mutualistas privadas se rigen por la lógica del mercado, es decir que brindan formalmente lo mínimo exigido por el MSP pero procurando generar el mínimo gasto posible, motivo por lo cual los números de las horas de los técnicos disponibles no cuadran con el tipo de atención esperada (Fernández Castrillo, 2017 *ii*).

Por otro lado, desde la perspectiva de los/as psiquiatras, la autora recoge, en relación al Plan de Implementaciones de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, una sensación de amenaza a las fortalezas que el ámbito protegido del hospital tradicional les otorgaba, producto de una posible pérdida de espacios de poder, aumento de prestaciones en el ámbito comunitario y el activismo por la desmanicomialización.

Por su parte, los usuarios y usuarias parecen centrarse más en las demandas que involucran los trastornos graves y persistentes, a pesar de sostener un discurso desmanicomializante más amplio, ya que entienden que el imaginario colectivo no advierte el estado de deterioro de la convivencia social y sus expresiones en la salud mental. Los usuarios y usuarias no organizados/as no perciben aún (2015) cambios en el sistema de atención y se sienten más bien disconformes.

Ahora bien, Fernández Castrillo (2017 *ii*) entiende que todas estas demandas y exigencias resultan desmesuradas en relación a los objetivos y el alcance del Plan, ya que este no era una Ley de Salud Mental ni una reforma del sector psiquiátrico, como ha tenido lugar en otros países, sino que es una reorientación de las políticas pero el sistema se mantiene igual. Por esto mismo, será relevante identificar qué ha pasado con la Ley de Salud Mental y estos actores, así como cuáles son los procesos de transformación que habilita esta herramienta que representa la normativa más amplia y potente para asegurar un nuevo modelo en salud mental.

El impacto de estas políticas se encuentra supeditado a las relaciones de tensión entre los diferentes grupos de interés que disputan los beneficios derivados de los procesos de mercantilización de la salud. Los mismos se dan dentro de la lógica del mercado y tienen efectos sobre los sujetos ya que desvanecen los conflictos sociales y los

transforman en disfunciones individuales (Fernández Castrillo, 2017 *ii*). Además, la intervención de los profesionales se da en los espacios siempre conflictivos de las instituciones y empresas donde operan agentes en situaciones de mucho poder y hay disputas por el campo ocupacional. La autora sintetiza que:

El riesgo es que en el terreno de las prácticas surjan procesos sociopolíticos que en la suspicacia nos vuelvan a los agentes implicados, cómplices de un perverso modelo social, económico, político y ético que en lugar de disminuir la brecha histórica de desigualdades sociales, las profundice. (Fernández Castrillo, 2017 *ii*; 188).

Estado, políticas sociales y salud mental

En su rol de gestor de estas políticas, es indispensable observar al propio Estado como uno de los principales actores en la articulación del campo de la salud mental. Cecilia Silva Cabrera (2012 *i*), entiende al respecto que el Estado pone en juego la producción social de la discapacidad al determinar formas de ser y estar desde las políticas sociales que clasifican a los sujetos. Es necesario identificar la discusión ideológica, política y académica que se encuentra por detrás de toda política social que implica poner en juego significados y subjetividades (Silva Cabrera 2012 *ii*).

Dado que las políticas sociales median las relaciones entre sujetos y de éstos con el Estado (lo cual define su capacidad de ser efectivamente sujetos de derecho), representan una tensión constante en la vida cotidiana, bajo las formas de conflicto, lucha de intereses y ejercicio de poder en dos dimensiones: la discursiva y la práctica. En cada una de las etapas de una política social - propuesta, diseño e implementación - se abre un campo de lucha material y simbólica que es particularmente interesante en el área de la salud mental, ya que el *loco* tiene su discurso hipotecado y se ve obligado a buscar otras estrategias para hacer llegar sus demandas, concediendo su poder a otros/as que tengan voz y mayor capacidad de incidencia.

Las políticas sociales en el campo de la discapacidad anidan una contradicción: al mismo tiempo que diferencian a quienes se alejan de *lo normal*, también se convierten en un espacio habilitante para que se generen sujetos singulares y colectivos que se

movilicen por el reconocimiento de sus intereses, ejerciendo su función política como grupos de presión.

Por esto es sumamente importante la organización de estos actores en movimientos sociales que les permitan convertirse en un actor político con capacidad de incidir en la agenda pública y en las decisiones institucionales que afectarán su destino. Será interesante observar los procesos que en este sentido han transitado usuarios y usuarias de servicios de salud mental en el marco del debate por la Ley de Salud Mental.

Continuando en esta línea de reflexión acerca de la salud mental y su vínculo con el Estado, Beatriz Fernández Castrillo (2017 *i*) retoma el concepto de salud colectiva en tanto construcción socio-histórica de las mentes y, por ende, completamente permeada por la comunidad y las condiciones que provee el Estado. De esta forma, se intersectan necesariamente las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud en la conceptualización y abordaje de la salud mental. Silva Cabrera (2012 *ii*) entiende que las políticas sociales en el campo de la discapacidad y la salud mental se enfocan fuertemente desde el paradigma médico-sanitario y con un alto componente de focalización. Asimismo, conllevan una función de mediación entre el concepto de discapacidad como deficiencia, en tanto producción técnico-científica, y como construcción social, que implica la comprensión del contexto e invita a repensar el rol del Estado.

Respecto al proceso de cambios en el vínculo entre Estado y salud mental en Uruguay, Nelson de León y Andrés Techera (2017) reflexionan acerca de las transformaciones ocurridas y las que quedan por transitar, realizando además un recorrido por el proceso que llevó a la creación de la nueva Ley de Salud Mental, que se encontraba en ese momento en debate.

Los autores plantean la inquietud, de que en numerosas oportunidades los procesos de reforma tienen que ver con cambios seriados en lugar de reales metamorfosis, no logrando de esta forma una transformación profunda de los elementos que integran el sistema. Actualmente tanto nuestro país como la región se encuentran transitando procesos de reforma, de manera que resulta pertinente analizar los diversos componentes y de qué manera intervienen las relaciones de fuerzas.

A lo largo de la historia y del proceso de debate por la Ley de Salud Mental, diversos actores han luchado por dar dirección a las prácticas vinculadas al sufrimiento y sus

condiciones de producción, tal como entienden De León y Techera (2017). De esta forma, la lucha se plasma en el intento por construir institucionalizaciones que produzcan sentido y posiciones de poder, tal como se puede observar por ejemplo, en la discusión acerca del uso del término *trastorno mental*. Es por esto que el campo de salud mental es concebido como un campo en disputa, atravesado y construido por las diferentes fuerzas de poder, siendo escenario de una multideterminación histórica.

En este sentido, se menciona el rol de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna en el proceso previo a la presentación del Proyecto de Ley. En junio de 2015, la Asamblea Instituyente lanzó una campaña de adhesión pública que resultó en la entrega de 9.400 firmas al Presidente de la Comisión de Salud del Senado (De León y Techera, 2017) solicitando que la Ley de Salud Mental fuera adecuada respecto a los estándares y recomendaciones internacionales, que se implemente un sistema de atención interdisciplinaria y en los Hospitales Generales, que se revise el uso de las medidas de fuerza y los electrochoques, que se elabore un cronograma de cierre progresivo de las Colonias y el Hospital Vilardebó y la creación de un Órgano de Revisor de los Derechos Humanos independiente. En setiembre del mismo año, la Asamblea Instituyente también presentó su propuesta de un Anteproyecto de Ley de Salud Mental, incluyendo estos puntos.

Los autores entienden que para que una Ley de Salud Mental tenga realmente la capacidad de promover otro modelo de atención es necesario que se encuentre acompañada por recursos económicos, formación de recursos humanos en nuevas prácticas, participación de familiares, usuarios y trabajadores y cambios culturales (De León y Techera, 2017).

En este proceso transcurrido hacia la creación de la Ley de Salud Mental entienden los autores que las organizaciones sociales y académicas han logrado un mayor nivel de desarrollo y se han articulado logrando una acumulación en la lucha por los derechos humanos y el cambio del modelo de atención. Como se ha mencionado este es un factor clave en la disputa discursiva, simbólica y práctica en torno al accionar del Estado, y será parte nodal del análisis del debate por la creación de la ley que se propone esta investigación.

Abordajes en los procesos de salud/enfermedad mental

Luego de pensar el rol del Estado, se procurará discutir los diferentes modelos propuestos para el abordaje en el campo de la salud mental, considerando específicamente el contexto del debate por la Ley de Salud Mental y la importancia de retomar aportes que permitan interpelar las formas tradicionales de entender e intervenir desde el Estado y todos los actores involucrados.

Para ello, Robert Pérez Fernández (2017) propone tomar en consideración la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de los determinantes de la salud mental, que tienen que ver tanto con factores personales de la historia del sujeto, como con otros sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. De esta forma, la salud mental se asocia a un estado de bienestar en el que la persona logra poner en juego sus capacidades para superar los eventos estresantes de la vida, así como trabajar y realizar aportes a su comunidad.

Las formas de abordaje deberían ser congruentes y consecuentes con esa conceptualización de la salud mental, sin embargo, los dispositivos de atención y cuidado (y las políticas sociales) continúan siendo construidos a partir del modelo objetivo – natural. Estos dispositivos son el conjunto de acciones, creencias, conocimientos, afectos y significados que cumplen el rol político de construir realidad y se expresan en prácticas y discursos de cuidado y atención.

Esta tensión entre los que son definidos conceptualmente como factores determinantes de la salud mental y los dispositivos y prácticas, perpetúa el estigma y la discriminación e impide garantizar el respeto a los Derechos Humanos de las personas con padecimientos psíquicos.

El autor también cuestiona el sistema de clasificación y asignación de etiquetas propio de las formas de diagnóstico en la psiquiatría. En este sentido, el problema no sería la existencia de dicho sistema sino su adjudicación como un estatuto de realidad propio y por fuera de las condiciones sociales y de producción. Esta forma de entender las etiquetas provoca un desplazamiento del sujeto por la enfermedad, terminando por desconocer la propia cualidad de persona de quienes sufren padecimientos psíquicos y despojándolos de su historia y diversos roles.

Beatriz Fernández Castrillo (2017 *i*) adhiere a esta perspectiva y reafirma la idea de que el sufrimiento humano no es solamente producto de factores biológicos y esto exige por lo tanto el uso de herramientas de análisis que excedan meramente los sistemas clasificatorios diagnósticos que no comprenden todas las dimensiones intervinientes. Estas clasificaciones no son tomadas solamente como una guía que ordena la observación, sino como un manual que fuerza a los fenómenos a ser incluidos dentro de estas etiquetas preestablecidas, corriendo el riesgo de simplificar situaciones complejas y obligando a cierta pérdida de precisión de los conceptos. Además de esto, la tipificación en términos de trastorno refuerza el estigma y prejuicios sociales.

En contraposición al modelo objetivo – natural, Pérez Fernández (2017) sugiere el uso del modelo subjetivo – histórico/social, que construye sujetos de estudio e intervención diferentes y por ende, también diferentes dispositivos de cuidado y atención. Dado que el ser humano se construye en encuentro con otros/as, es necesaria una reapropiación del campo de la salud mental desde una perspectiva comunitaria que produzca intervenciones y prácticas subjetivantes.

Silva Cabrera (2012 *ii*) entiende al discurso médico como parte de la mediación en el proceso de sociabilidad en el sistema capitalista, ya que produce y reproduce la subjetividad sobre las ideas de moral/sano vs. enfermo/patológico. En cambio, una mirada sobre los procesos de salud y enfermedad como un producto histórico permite identificar y comprender los momentos de la vida de los sujetos como transformación y movimiento constante, sin convertirlo en un estado estático a la espera de una manipulación externa para su recuperación. Todos estos asuntos se encuentran en pugna y bajo revisión en el debate por la Ley de Salud Mental en nuestro país y se manifiestan tanto en el contenido de las discusiones centrales de la ley como en la propia forma de argumentar la postura de cada actor y de legitimar su saber, tal como se abordará en el análisis de los datos empíricos recabados.

Preguntas de investigación

¿Cuáles han sido y cómo han circulado los discursos en el debate por la Ley de Salud Mental en Uruguay (2015-2017)? ¿Mediante qué estrategias discursivas un/os grupo/s ha pretendido controlar el discurso y de esa forma controlar al/ a los otro/s grupo/s? ¿Qué discursos buscan resistir o combatir este dominio y de qué formas?

Objetivos

General

Indagar en la construcción de las categorías salud/enfermedad y cómo se tensionan en los discursos que se manifestaron en el debate por la Ley de Salud Mental en Uruguay (2015-2017), visibilizando la lucha por ejercer control desde el discurso médico a través de los mecanismos de exclusión y las formas de resistencia al mismo desde la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de DDHH.

Específicos

- 1) Describir la circulación de los discursos en torno al debate por una nueva Ley de Salud Mental en Uruguay: actores, momentos del debate y recursos discursivos desplegados.
- 2) Identificar y comparar las diferentes aproximaciones a la construcción de los conceptos de salud y enfermedad, expuestas en el discurso de los actores, buscando comprender las implicancias del debate en torno a la denominación *trastorno mental* como mecanismo de exclusión.
- 3) Retomar los intentos de establecimiento de institucionalidades puestas en juego durante la discusión de la ley (Órgano de Contralor e instituciones monovalentes y asilares) analizando en ellos las formas de resistencia al poder médico.

Metodología

Dado que el presente estudio retomará los discursos acerca del debate por la Ley de Salud Mental y analizará las relaciones entre los actores participantes del mismo, el universo de estudio incluirá a los actores que han participado de forma activa y visible en el debate en torno a la creación de una nueva legislatura: en particular, las personas que conforman la Comisión por una Ley de Salud Mental en clave de DD.HH. (CNLSM) y los/las psiquiatras. Por su parte, el objeto de estudio serán los discursos (texto y habla) en torno a la Ley de Salud Mental de estos actores.

Es fundamental la elección de estos grupos con el objetivo de contrastar su visión de esta temática, ya que representan discursos de algún modo antagónicos. Por otro lado vale mencionar que la CNLSM ha sido uno de los actores con mayor visibilidad desde su lanzamiento en junio de 2016, mientras que los/as psiquiatras cuentan con una larga trayectoria de organización y agrupación (por ejemplo, a través de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay).

Análisis de discurso

Tal como propone Pierre Bourdieu (1985) se apunta a realizar un análisis acerca del vínculo entre el lenguaje y el poder, entendiendo la importancia de poner en cuestión la concepción del lenguaje como objeto neutro y separado del contexto social en que se produce.

De esta forma las relaciones de comunicación son también relaciones de poder simbólico en las cuales entra en juego la tensión de fuerzas entre los grupos representados por los interlocutores, ya que no es posible entender el intercambio lingüístico solamente en términos gramaticales sino que es necesario dar lugar al proceso de decodificación del mensaje como componente intrínseco del mensaje mismo. Es decir, un discurso se produce en un contexto que Bourdieu (1985) denomina *mercado* y en él es que se define su sentido. En este sentido, el autor indica que las palabras tienen una existencia social, en contraposición a su existencia en los diccionarios en los cuales carecen de contexto. Si bien las palabras cuentan con núcleo de sentido, lo que éstas representan puede variar notablemente dependiendo del mercado en el cual es utilizada.

Se torna relevante, entonces, dejar de lado la percepción de la existencia de palabras neutras o ingenuas, ya que este recurso de presentar al lenguaje como naturalizado implica un intento de imposición de un consenso entre grupos que tienen intereses diversos y que, por ende, requiere de una lucha política por la legitimidad. Bourdieu (1985) indica que en estos actos de imposición se produce un desplazamiento desde una competencia técnica ejercida por el interlocutor hacia una competencia social que lo habilita como el sujeto legitimado para hablar con autoridad: “el decir, formalmente correcto, pretende por eso mismo, y con posibilidades de éxito no desdeñables, expresar el derecho, es decir, el deber ser” (Bourdieu, 1985; 16).

En concordancia con lo que se viene desarrollando, las funciones prácticas de las que se desprenden las clasificaciones por parte de los grupos tienen necesariamente efectos sociales y puede pretender remitir a una *realidad objetiva*, tal como indica Bourdieu (1985). De esta forma, se construyen y manipulan las representaciones mentales como formas de percepción y de construcción simbólica, a través de luchas por el monopolio del poder de hacer y deshacer grupos. “Este acto de derecho consiste en afirmar con autoridad una verdad que tiene fuerza de ley es un acto de conocimiento que, fundado, como todo poder simbólico, en el reconocimiento, produce la existencia de aquello que enuncia” (Bourdieu, 1985; 88).

En este acto de enunciar con autoridad de forma pública y oficial, se elimina lo arbitrario que contiene y se lo consagra como *natural*. Sin embargo, Bourdieu (1985) advierte con certeza acerca de lo engañoso de esta pretensión, ya que la realidad es siempre social y, por ende, las clasificaciones reflejan las relaciones de poder al interior de la sociedad, identificando a algunos grupos con mayor capacidad de definir una delimitación legítima. Es esencial comprender la realidad como un reflejo del estado de la lucha por dicha capacidad de establecer clasificaciones y en este sentido, muchas veces los grupos procuran justificar desde la autoridad científica las delimitaciones arbitrarias que procuran imponer.

Por otro lado, cabe señalar el concepto de discurso performativo como aquél que surge cuando el acto de categorizar logra ser reconocido y es avalado por la autoridad correspondiente, es decir, es aquél que instituye una realidad utilizando el poder de la creación del discurso. Para que este acto de *magia social*, como lo denomina el autor, tenga lugar es necesario que la persona que realiza la enunciación cuente con la

capacidad y el respaldo para hacer valer su palabra. En este sentido es que se define el discurso como mágico, ya que crea una realidad a partir de las palabras pronunciadas, pero solamente de acuerdo a la base de reconocimiento y percepción social de la particularidad de quién las proclama.

Es esencial “captar a la vez lo que está instituido sin olvidar que se trata solamente de la resultante, en un momento dado del tiempo, de la lucha para hacer existir o inexistir lo que existe, y las representaciones, enunciados performativos que pretenden el acaecimiento de lo que enuncian” (Bourdieu, 1985; 92). Las ciencias se encuentran sumergidas en esta lógica, mas pretenden ostentar una neutralidad que no es tal, ya que sus enunciaciones modifican a la vez su objeto de estudio, creando y recreando su *realidad*.

La exclusión en el discurso

Se tomará la conceptualización de Michel Foucault (1999) respecto a las formas en las que circulan los discursos en las sociedades. Según el autor, el discurso es controlado por los procedimientos de exclusión: lo prohibido, lo separado o rechazado y la oposición entre lo verdadero y falso. A continuación, se explicarán brevemente cada uno de ellos.

Con respecto al primer procedimiento de exclusión, el autor señala que no cualquier persona puede hablar de cualquier cosa y/o en cualquier sitio. Esto nos lleva a visualizar el papel central que juega el discurso en las sociedades a pesar de su aparente trivialidad, se puede establecer su vínculo con el poder al identificar las prohibiciones que recaen sobre él otorgándole mayor relevancia. En este sentido, Foucault (1999) indica que el discurso “no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse” (Foucault; 1999, 15). Esta forma de dar significado a las prohibiciones que recaen sobre el discurso es fundamental para lograr realizar un examen completo del mismo, no solo en su presencia, sino también en su ausencia.

Por otra parte, en cuanto a los discursos separados o rechazados, el autor señala que uno de los más claros ejemplos tiene que ver con la oposición entre razón y locura. De hecho, el loco era justamente aquél cuyo discurso circulaba de forma diferenciada, ya

sea que su palabra fuera tomada con carente de valor o sentido, se le atribuyeran poderes especiales o simplemente cayera en el olvido. En el caso del loco se observa la paradoja de que es justamente a través de sus palabras que se reconocía su locura, es decir, donde se identificaba la separación, pero no son escuchadas en sí mismas.

Aún más interesante es analizar esta realidad hoy en día: cuando pareciera que las palabras del loco llegan a ser escuchadas desde algunos saberes esta separación continúa funcionando ya que se generó todo un encuadre de conocimientos y de redes institucionales para descifrar esa palabra. Foucault indica que “basta con pensar en todo esto para sospechar que la línea de separación, lejos de borrarse, actúa de otra forma, según líneas diferentes, a través de nuevas instituciones y con efectos que en absoluto son los mismos” (Foucault; 1999, 18).

Finalmente, el último procedimiento de exclusión con la separación, históricamente constituida, entre lo verdadero y lo falso. Es importante aclarar en qué nivel la separación entre verdadero y falso se vuelve un procedimiento de exclusión, ya que no lo es en el nivel de una proposición concreta, sino que lo es si se atiende a la cuestión de cómo se ha transformado a través de los discursos la voluntad de verdad que los atraviesa. Por lo tanto, cuál es el discurso verdadero, es una cuestión que no ha dejado de desplazarse a lo largo de la historia.

Ahora bien, dicha voluntad de verdad se encuentra sustentada por una base institucional (por ejemplo: la pedagogía, los libros, la edición, las bibliotecas, los laboratorios, etc.) pero también es acompañada por la forma en que se pone en práctica el saber en una sociedad. A su vez, según Foucault (1999), la voluntad de verdad, con su base institucional, tiende a ejercer una cierta presión sobre los otros discursos. El autor ejemplifica esta idea con el caso del sistema penal, el cual busca su justificación no solamente en la teoría del derecho sino también en el saber sociológico, psicológico, médico, psiquiátrico, entre otros, “como si la palabra misma de la ley no pudiese estar autorizada en nuestra sociedad más que por el discurso de la verdad” (Foucault; 1999, 23). De esta forma, solamente se logra visualizar las virtudes de la *verdad*, mientras que se ignora la voluntad de verdad como máquina de excluir.

Por otro lado, Foucault (1999) indica la importancia de pensar la voluntad de verdad en relación a las disciplinas, es decir, una disciplina establece ciertos límites dentro de los cuales reconoce algunas proposiciones como verdaderas y otras como falsas. En este

sentido, señala el autor, para que una proposición forme parte de una disciplina debe cumplir ciertos requisitos que van más allá de la *verdad*, “siempre puede decirse la verdad en el espacio de una exterioridad salvaje; pero no se está en la verdad más que obedeciendo a las reglas de una policía discursiva que se debe reactivar en cada uno de sus discursos” (Foucault; 1999, 38). De esto se desprende, según Foucault (1999), el hecho de que también existen requisitos y reglas para que las personas accedan a ciertas partes del discurso, se definen entonces los gestos, comportamientos, circunstancias, etc. que deben acompañar el discurso.

Las resistencias en el discurso

Continuando con la conceptualización del discurso que realiza Michelle Foucault (1986), se retomará la noción de las resistencias que se dan también en el mismo, proponiendo una visión alternativa del poder que implica “más que analizar el poder desde el punto de vista de su racionalidad interna se trata de analizar las relaciones de poder a través del enfrentamiento de estrategias” (Foucault; 1986, 29). Es decir, el autor entiende pertinente comprender las relaciones de poder a través del análisis de las resistencias a la dominación.

En este sentido, se indican también una serie de oposiciones factibles de ser analizadas de esta forma: poder del hombre sobre la mujer, de los padres sobre los hijos, de los psiquiatras sobre los enfermos mentales, de la medicina sobre la población, de la administración sobre la manera de vivir de la gente. El autor pone en relieve los componentes que todas esas luchas tienen en común: son transversales, son inmediatas y el objeto de las mismas son los efectos del poder en tanto que tales. Además, todas ellas tienen como centro el individuo realzando el derecho a la diferencia y, al mismo tiempo, la no separación del resto. Asimismo, se oponen a los privilegios del saber, lo cual no es igual a oponerse a la ciencia en sí misma, sino que lo que se cuestiona es la forma en que circula ese saber y sus relaciones con el poder.

La oposición de poder que interesará a esta investigación (entre los psiquiatras y quienes padecen sufrimiento psíquico) claramente se inscribe en esta lógica y se adapta perfectamente a estas condiciones. En palabras de Foucault “el principal objetivo de estas luchas no consiste tanto en atacar esta o aquella institución de poder, grupo, clase o élite, cuanto en atacar a una técnica particular, a una forma de poder”. (Foucault;

1986, 31). Según el autor, este tipo de poder es ejercido sobre la cotidianidad de las personas, clasificándolas en categorías y remitiéndolas a su individualidad, al mismo tiempo que les impone una ley de verdad que debe ser reconocida por ellas mismas y por su entorno.

Técnicas de relevamiento

Para realizar la presente investigación se recolectaron los documentos en torno al debate por la Ley de Salud Mental producidos por: la Comisión por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos (CNLSM) y las diferentes organizaciones de la psiquiatría, así como también las Actas de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores y de la Cámara de Representantes. El período de referencia es el comprendido entre la presentación del Proyecto de Ley en la Cámara de Senadores en diciembre de 2015 y su aprobación en la Cámara de Representantes en agosto de 2017.

Por otro lado, se llevaron adelante entrevistas semi-estructuradas con la finalidad de complementar el análisis documental, ya que tal como se esperaba, las organizaciones de psiquiatría y la CNLSM no cuentan con la misma capacidad de generar, publicar y difundir documentos, dado que sus discursos circulan por medios diferentes y son enunciados de forma distinta. Es por esto que fue imprescindible tener instancias de entrevistas con los/as integrantes de la CNLSM para poder acceder a su postura respecto a la temática de interés de esta investigación. Fue especialmente relevante tener en cuenta la heterogeneidad de quienes la componen (pertenecientes a distintos movimientos sociales, grupos profesionales, usuarios de los servicios de salud mental etc.) a la hora de realizar la selección de los y las entrevistados/as.

Trabajo de campo

Documentos

El primer acercamiento al campo tuvo que ver con la recolección y selección de documentos producidos por los diversos actores de interés involucrados en el debate por el cambio de Ley de Salud Mental. Las formas de recolección fueron varias: a través de internet fue posible acceder a todas las publicaciones de la Revista de Psiquiatría del

Uruguay, Boletín de SPU, Revista +psicólog@s, así como también en las páginas web del MSP, ASSE, CNLSM y las Actas del Parlamento. También se incluyen materiales acercados directamente por las personas entrevistadas.

Finalmente son 39 los documentos relevados que incluyen la legislación, las actas de las sesiones del Parlamento, aportes desde instituciones científicas y académicas, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

Entrevistas

El primer contacto presencial con la CNLSM, tuvo que ver con la participación de una reunión. A partir de allí se llevaron adelante cinco entrevistas a integrantes de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos en el período mayo – julio de 2017. Los integrantes de dicha Comisión, representaban a su vez las siguientes organizaciones:

Centro de Estudiantes de Escuela Universitaria de Tecnología Médica: Mariana, 24 (ver anexo 3.1.)

ASUMIR y Asamblea Instituyente: Soledad, 54 (ver anexo 3.2.)

FEEUU, Centro de Estudiantes de Psicología: Marcos, 22 (ver anexo 3.3.)

Facultad de Psicología, Depto. de Psicología Social: Nestor, 51 (ver anexo 3.4)

Radio Vilardevoz: Manuela, 46 (ver anexo 3.5.)

Análisis

El análisis de los discursos plasmados en los documentos producidos por las organizaciones de la psiquiatría y la CNLSM, así como en las entrevistas realizadas, se dividirá en dos partes: una más descriptiva del escenario del debate y otra que se adentrará en el contenido de algunos de sus ejes centrales.

En primer lugar se realizará una contextualización del debate que permitirá conocer en mayor profundidad a los actores involucrados y sus posicionamientos en el espacio discursivo del mismo. De esta forma, se ahondará en el perfil de los dos actores y se explicitarán las tensiones presentes en sus discursos, buscando comprender el funcionamiento de los mecanismos de exclusión en el discurso (Foucault, 1999), los tipos de saberes que se encuentran en pugna y la *voluntad de verdad* que los caracteriza.

Esta tarea permitirá sentar las bases para continuar con una segunda parte que se centra en el contenido de algunas de las discusiones clave que han determinado el debate por la Ley de Salud Mental en Uruguay y la capacidad de incidencia de cada actor en el texto de la ley. En este sentido, se tomará por un lado la disputa simbólica relacionada al uso del lenguaje en la terminología trastorno mental, identificando allí las diferentes concepciones de los procesos de salud/enfermedad en el campo de la salud mental.

Dado que esta dimensión simbólica propia del lenguaje se encuentra en relación también con las prácticas que de ella se desprenden, se analizarán los discursos en torno a la creación o modificación de las bases institucionales. Más concretamente, se ahondará en la discusión acerca de la creación de un Órgano de Contralor y del cierre de las instituciones asilares y monovalentes; entendiendo ambas instituciones como espacios donde la construcción simbólica y práctica se encuentran en tensión, permitiendo visualizar las fuerzas complejas que construyen el campo de la salud mental. Asimismo, se desplegarán en torno a estas temáticas concretas las luchas de poder que caracterizan los mecanismos de exclusión y resistencia en los discursos, que permitirán realizar una síntesis entre ambos capítulos del análisis.

Relato de los hechos

¿Quiénes?

Se presentarán aquí dos de los actores principales del debate por la Ley de Salud Mental en Uruguay y cuyos discursos serán el objeto de este análisis ya que representan dos posturas y saberes en tensión: la psiquiatría y la CNLSM. Dada su relevancia en la temática, es importante explicitar sus principales características, formas de agrupación y tipos de medios por los que circulan y se difunden sus discursos.

Dentro de la psiquiatría se pueden señalar varias organizaciones de larga data, ya sean agrupaciones científicas, sindicales o académicas. Las más relevantes son: la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU), Clínica Psiquiátrica y Clínica Psiquiátrica Pediátrica de la Facultad de Medicina (UdelaR), Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay (SPBU) y Asociación de Psiquiatras del Interior (API). En general, dichas organizaciones han mantenido un criterio común y gran parte de los documentos fueron suscritos por todas ellas. En cuanto a los medios establecidos para la difusión de los documentos producidos se tomarán como principales referentes la Revista de Psiquiatría y el Boletín de la SPU.

Por otra parte, la CNLSM se compuso por movimientos sociales de diverso tipo, agrupaciones de usuarios/as de servicios de salud mental y familiares, así como también organizaciones de profesionales y estudiantes de áreas relacionadas a la salud mental. El período de su actividad se encuentra comprendido entre junio de 2016 y setiembre de 2017, ya que su creación tuvo lugar en respuesta a la necesidad de nuclearse, identificada por las organizaciones que la componían, para lograr un mayor impacto y visibilidad en el contexto concreto del debate por la ley, dando su tarea como finalizada con la aprobación de la misma.

Algunas de las agrupaciones que participaron en la CNLSM (de acuerdo a lo recogido en el material de campo) y que suscriben a los múltiples documentos analizados son: Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, Radio Vilardevoz, Asociación de Docentes de la Universidad de la República (ADUR) por Facultad de Psicología, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), Centro de Estudiantes de Psicología (CEUP), Licenciaturas en Psicomotricidad y Terapia Ocupacional, Asociación de Usuarios de Montevideo e Interior, Instituto Nacional de

Derechos Humanos (INDDHH), Servicio Paz y Justicia (SERPAJ), Bibliobarrio, Colectivo Catalejo, entre otros.

A pesar de tan heterogénea conformación, es de utilidad entender la CNLSM como una unidad a fines analíticos ya que todas las organizaciones que la conformaron han llegado a importantes acuerdos que definen una postura clara y reivindicaciones concretas.

En cuanto a la producción y difusión de documentos, en la CNLSM los medios predominantes fueron las páginas web y redes sociales. En este sentido existieron claras diferencias con la difusión desde la psiquiatría, ya que en su mayoría la CNLSM se compuso por movimientos sociales que no tienen esta acción como objetivo principal, sino que centraron sus recursos en la intervención directa y la sensibilización de la población mediante otro tipo de estrategias de visibilización.

Si bien algunas de las acciones tuvieron que ver con el ámbito universitario (charlas, espacios de sensibilización con la temática en la formación en áreas relacionadas, etc.) y con el acceso a los medios masivos de comunicación, la mayoría de las actividades llevadas adelante tenían el sentido de intervenciones en la ciudad mediante la entrega de volantes en ferias y el diálogo con la población en general, la realización de un recorrido por diferentes barrios en un ómnibus caracterizado especialmente, movilizaciones en zonas cercanas al Palacio Legislativo durante las votaciones en el Parlamento, la Fiesta Antimanicomial, el Ciclo Chalecos Rotos, entre otras.

Dentro de la CNLSM, el único caso que difiere con esta forma de accionar es la Coordinadora de Psicólogos, ya que al ser una agrupación académica cuenta con la publicación de la revista +Psicólogo@s a través de la cual ha difundido sus aportes.

Desde diciembre de 2015, fecha en la que fue presentado el Proyecto de Ley en la Cámara de Senadores, la producción de documentos respecto a la temática por parte de estos actores ha sido incesante. Esto demuestra la relevancia de esta normativa y el interés por realizar aportes desde los diferentes saberes relacionados.

El primer actor en difundir sus aportes respecto al proyecto de ley, fue la psiquiatría desde la Revista de Psiquiatría y el Boletín SPU. Desde diciembre de 2015 hasta junio de 2016 fue el único actor que publica documentos sobre la temática. A partir de junio de 2016, se incorporó a la producción de documentos para realizar aportes al proyecto

de ley la CNLSM y en agosto del mismo año comenzaron a aparecer publicaciones al respecto en la revista +psicólogos de la CPU.

Como fechas clave para el desarrollo del debate se pueden identificar: su inicio en diciembre de 2015, su aprobación en la Cámara de Senadores en octubre de 2016 y su aprobación en la Cámara de Representantes en agosto de 2017. Los meses previos a la votación en cada Cámara fueron claramente los meses de mayor actividad y difusión por parte de los actores involucrados.

¿Cómo?

Los actores anteriormente presentados sostienen sus aportes a la Ley de Salud Mental desde diferentes saberes que construyen discursos de forma particular. En esto se profundizará en esta sección, identificando las diferentes formas de construcción de *verdad* desplegadas en el debate y diferenciando las fuentes de legitimidad a las que se ha apelado. Estos procesos se enmarcan en los mecanismos de exclusión del discurso: lo prohibido, lo separado y la voluntad de verdad (Foucault, 1999) que permiten comprender de forma más amplia la lucha de poder entre los diferentes saberes, que se pone en juego al controlar el discurso.

Como se ha expuesto, la psiquiatría ha realizado numerosos aportes para la creación de la Ley de Salud Mental. Algunos de los principales motivos en los que sustentan su autoridad para expresarse en esta materia han sido su trabajo histórico, actual y cotidiano con el objeto de la ley (entendiendo a éste como la enfermedad mental), sus conocimientos científicos en el área y su deber moral.

El trabajo de la psiquiatría en el campo de la salud mental se refuerza en nuestro país hace más de 100 años de la mano de los procesos de disciplinamiento y medicalización (Barrán, 1992). Desde el surgimiento de los manicomios, el rol del psiquiatra en el tratamiento de las problemáticas de salud mental se ha vuelto muy visible y reconocido, especialmente por su proximidad a sujetos que resultan muy difíciles de tolerar para el resto de la sociedad.

Los discursos de los y las psiquiatras en la actualidad retoman esta noción de lo particular de su tarea, que debe abordar temáticas sumamente delicadas y sensibles y lo viene haciendo hace mucho tiempo: “quienes más cerca de los pacientes estamos, los

que los cuidamos tratando de utilizar conocimientos científicos que nos ha llevado años de formación adquirir (...) además de ser quienes tradicional y legalmente tenemos mayor responsabilidad ética y legal” (ver anexo 2.1.6.). En este sentido, Goffman (1984) indicaba que la formación del psiquiatra requiere una inversión de tiempo y dinero significativa y que por ello, se encuentran dispuestos a defender el rol alcanzado en la práctica cotidiana, entre otros motivos.

Si bien se habla de la cercanía a las personas con enfermedad mental, se omite que se trata de una Ley de Salud Mental que también busca apuntalar el primer nivel de atención en cuanto a promoción y prevención, así como que los procesos de salud/enfermedad propios del padecimiento psíquico son más amplios y complejos que la enfermedad mental tal como es entendida por la psiquiatría hegemónica hoy en día.

La concepción de enfermedad propuesta desde la psiquiatría como signos biológicos, sin integrar el conjunto de símbolos culturales, tal como propone Fitzpatrick (1990), hace que sea incuestionable para esta disciplina su legitimidad casi exclusiva para pronunciarse sobre ésta temática. Otros tipos de conocimiento que se puedan expresar al respecto no son tomados en consideración (o lo son de forma subordinada al conocimiento médico) por carecer de la formación técnica que se entiende que los habilitaría a hacerlo.

De esta forma se tornan invisibles las complejas formas en que lo social y los cuerpos se vinculan; tal como entiende Porzecanski (2008) es importante considerar el vínculo entre cuerpo físico y cuerpo social para comprender los procesos de padecimiento de los sujetos. Desde la psiquiatría se manifiesta que los cuestionamientos a su modelo de abordaje y que proponen una mirada multidimensional en la cual otras áreas de la vida de las personas sean puestas al mismo nivel de relevancia que los rasgos biológicos, son estériles ya que: “no tiene sentido intentar negar la realidad de la patología psíquica mediante expresiones de deseo convertidos en ‘documentos’ y declaraciones efectistas políticamente correctas, pero plenas de vaguedades, inválidas científicamente y vacías de contenido” (ver anexo 2.1.6).

Tal como señala Foucault (1999), las disciplinas generan ciertas reglas para construir qué es verdad en base a métodos y formas de expresar el conocimiento, lo que él denomina *la policía discursiva*. Como es claro, la psiquiatría no es la excepción a esta construcción y esta forma de entender *la verdad* comienza a entrar en contraposición

con otros tipos de saberes en el contexto del debate por la Ley de Salud Mental. De esta forma, el mecanismo de exclusión del discurso relacionado a la prohibición de hablar de ciertas cosas, que solamente le competen a esta disciplina científica y tradicionalmente, se basa en la falta de cumplimiento de las formas y métodos asociados a la construcción de dicha verdad. Queda claro entonces cómo el conocimiento se convierte en poder de imponer su discurso, dejando pocos espacios para el cuestionamiento de sus postulados desde cualquier actor externo.

Tal como plantea Szasz (1989) existen cuestionamientos a este estatuto de realidad de la enfermedad mental (que tiene que ver más que ninguna otra forma de enfermedad con lo social también) y consiguiente abordaje exclusivo desde la medicina, y esto es puesto en cuestión en el discurso de la psiquiatría en el contexto del debate por la Ley de Salud Mental. Se afirma entonces que la enfermedad mental es un fenómeno real y como tal, objeto del saber y la praxis psiquiátrica. En este sentido cabe cuestionarse ¿qué significa que la enfermedad mental es un fenómeno *real*? ¿Por qué eso implica directamente que es objeto exclusivo de la psiquiatría? Es necesario pensar e interrogar esta idea de *realidad* y *verdad* desde Foucault (1999) para comprender las fuertes resistencias y la dificultad para trascender la construcción de esta disciplina y la inhabilitación a expandir la definición de la salud mental como un campo en el cual intervienen (o deberían hacerlo) múltiples saberes.

Finalmente, continuando con los discursos separados y rechazados se analizarán las características del discurso de las personas usuarias de servicios de salud mental en el contexto del debate por la ley.

Los documentos difundidos desde esta agrupación no dan cuenta de un tipo de discurso radicalmente diferente (más allá del contenido), sino que se enmarca dentro de la lógica de la razón, pero otras de las actividades propuestas por la CNLSM han significado un espacio de expresión en primera persona de quienes padecen sufrimientos psíquicos.

El discurso del loco es aquel que circula de forma diferenciada en la sociedad (Foucault, 1999). Éste se presenta en contraposición a la razón que sostiene un discurso coherente y lógico (Foucault, 1990) mientras que el loco es reconocido por su discurso delirante. En el debate por la Ley de Salud Mental, uno de los espacios privilegiados donde se habilitó su participación directa en la construcción de aportes fue dentro de la CNLSM.

Esta característica de la CNLSM podría haber significado una ventaja que magnifique el valor de sus aportes ya que serían formulados por los propios sujetos con padecimientos psíquicos. Sin embargo, éstas personas y sus familias son cuestionadas desde la psiquiatría justamente por estar demasiado implicadas emocionalmente con la temática, de forma tal que sus aportes no pueden ser valiosos en términos objetivos de lo que debe incorporarse a una ley. Se entiende que el dolor que causan las problemáticas de salud mental impide a las personas involucradas ver la realidad, negándola y realizando propuestas sin base en los hechos.

En contraposición, la CNLSM no plantea descartar el componente biológico de la enfermedad mental y por ende, excluir el conocimiento médico, sino que propone integrarlo como una más de las múltiples disciplinas que deben involucrarse en el abordaje de la salud mental. Pero eso tendría que funcionar, en su opinión, desde un plano de igualdad, rompiendo con la relación de saber/poder que coloca a la psiquiatría por encima en términos de validez y autoridad de su conocimiento. Procuran de esta forma promover el intercambio de saberes de varios tipos, como lo demuestra su propio funcionamiento que contiene movimientos sociales (no solo vinculados a salud mental estrictamente), los conocimientos de la psicología, terapia ocupacional y otros afines, conocimientos del área social, de los/as usuarios/s, etc.

Otro de los recursos a los que ha apelado la CNLSM tiene que ver con la vigencia de acuerdos internacionales a los cuales Uruguay suscribe y que tienen lineamientos claros acerca de la concepción y abordaje en salud mental, por lo cual la normativa debería armonizarse con los mismos. De hecho, esto dio lugar a la intervención de la ONU que ha realizado informes instando a reemplazar la Ley del Psicópata y durante el proceso de debate de la nueva ley envió una carta dirigida al Parlamento de nuestro país recordando la importancia de incorporar la perspectiva de Derechos Humanos en la Ley de Salud Mental.

Finalmente es de interés mencionar algunas manifestaciones realizadas por cada actor acerca del proceso de toma de decisiones del Parlamento durante el análisis del proyecto de ley. En los espacios de encuentro y diálogo de las diferentes organizaciones con los miembros de las Comisiones de Salud Pública de cada Cámara podemos apreciar clara y concretamente las diferentes formas de sustentar y dar validez a cada discurso, así como es importante identificar la recepción de dichos discursos y su capacidad de ejercer

presión para que el texto de la ley fuera finalmente modificado según su postura. Es decir, se puede apreciar en este diálogo y en las modificaciones efectuadas en la ley (que se analizarán en el próximo apartado, dentro de los ejes centrales del debate) qué discurso ha logrado imponerse como el *verdadero* y qué procesos han llevado a eso.

Por parte de la psiquiatría, se entiende que es importante su participación en “ámbitos oficiales como el Parlamento, donde esperemos que prime la ponderación y el reconocimiento de los saberes disciplinarios a la hora de definir los puntos específicos de la ley” (ver anexo 2.1.6.) Mientras que desde la CNLSM, se apeló a la pluralidad de organizaciones que ésta representa para ejercer mayor presión: “esperamos que estos puntos propuestos por la diversidad del movimiento social puedan ser considerados en la discusión de la Cámara de Senadores/as y Diputados/as aportando a un cambio real en la perspectiva de salud mental” (ver anexo 2.2.4.).

En cuanto a la receptividad percibida por uno y otro grupo, también hay diferencias. Desde la psiquiatría se transmite que, en general, el diálogo parlamentario ha sido de su agrado y han sentido que su conocimiento técnico es valorado. Por otro lado, desde la CNLSM se entiende que hay receptividad a la hora de recibirlos, pero luego de varias instancias de diálogo entienden que sus propuestas no han sido retomadas y no han recibido explicaciones acerca de los motivos

Discusiones centrales:

A continuación se retomarán algunos de los debates centrales que emergieron en el proceso de creación de la Ley de Salud Mental, procurando evidenciar las tensiones descritas anteriormente entre la psiquiatría y las organizaciones sociales en las temáticas concretas a definir para este marco normativo, así como también la capacidad que ha tenido cada uno de éstos actores para incidir en las modificaciones realizadas en la ley a lo largo del proceso de debate en el Parlamento.

Comenzando por el intercambio respecto al polémico término *trastorno mental*, se ahondará en las implicancias simbólicas, institucionales y en las prácticas que éste conlleva. Luego, se señalará algunos de los marcos institucionales propuestos que son de suma relevancia ya que determinarán las consecuencias más tangibles de las luchas de poder simbólicas y determinarán o no cambios en los modelos de abordaje. Dentro

de estas modificaciones a nivel institucional se destacan en el debate por una parte el Órgano de Contralor que regula las intervenciones en el área de la salud mental, procurando garantizar el respeto de los derechos de los/as usuarios/as, y por otra el cierre de las instituciones monovalentes y asilares.

El lenguaje: denominación *trastorno mental*

En el debate por la Ley de Salud Mental, la definición de la población objetivo de la ley ha sido una de los puntos de más difícil acuerdo entre los actores involucrados dado que tiene que ver directamente con la concepción de salud mental que se utilice, y a partir de allí con la delimitación de los objetivos y procedimientos que se deben establecer en la ley.

El desacuerdo se centra en si debe llamarse a la población afectada por la ley *personas con trastorno mental* (propuesto en el proyecto de ley del MSP y avalado por las organizaciones de psiquiatría) o *personas usuarias de servicios de salud mental* (propuesto por la CNLSM). Estas denominaciones tienen que ver con las relaciones de poder simbólico (Bourdieu, 1985) que se ponen en juego en el lenguaje, así como también con las prácticas que se desprenden de las diferentes conceptualizaciones en el campo de la salud mental.

La definición del nombre que se otorgará a las personas objeto de la Ley de Salud Mental, es esencial y da cuenta del poder de cada grupo para incidir en la construcción simbólica en el campo de la salud mental. En este sentido, procurar que los/as legisladores/as adopten uno u otro término tiene que ver con que “el acto de categorización, cuando consigue hacerse reconocer o es ejercido por una autoridad reconocida, ejerce por sí mismo un poder” (Bourdieu, 1985; 90).

Las posturas de la CNLSM y de la psiquiatría remiten a la tensión entre la idea de enfermedad como cuestión vinculada a lo colectivo y la enfermedad exclusivamente alojada en el cuerpo individual, relatada por Porzecanski (2008). La CNLSM afirma que hacer referencia a personas usuarias de servicios de salud mental permite dar cuenta de la complejidad que se requiere en esta área desde una mirada holística, y por lo tanto que debe ser atendida desde un abordaje interdisciplinario que abarque las múltiples causas del padecimiento. Por el contrario, la palabra *trastorno* refiere solamente a la

dimensión biológica, convirtiendo al sujeto en objeto de intervención médica que no contempla la dimensión social como interviniente en los procesos de salud/enfermedad (Fitzpatrick, 1990) y lo aleja de la comunidad (Porzecanski, 2008).

Particularmente la CPU, reafirma y apoya la propuesta de la CNLSM desde la revista +psicolog@s, ya que entiende que la enunciación cumple un rol muy importante en la producción de subjetividades y en el caso de la denominación trastorno mental, cuenta con una carga de estigma muy alta. Asimismo, se opone a la patologización del sufrimiento que deposita la problemática en el sujeto e invisibiliza la existencia de barreras sociales que impiden su bienestar.

De esta forma, la persona ya no encuentra en la comunidad las causas de su sufrimiento ni tampoco la contención para palearlo, sino que pasa a estar sola con una disfuncionalidad que le pertenece a lo más material de su ser y allí debe ser reparado. Tal como entiende Mitjavila (1992), la tipificación en términos de normalidad/anormalidad que se encuentra subyacente en la referencia al trastorno mental, impone modelos controlados de conducta en los procesos de salud/enfermedad, determinando las relaciones con el entorno y afectando a la propia subjetividad.

La psiquiatría entiende que el término trastorno es el más apropiado desde el punto de vista científico, ya que como identificó Foucault (1990) las ciencias positivistas han buscado conocer y gobernar la locura al transformarla en términos de enfermedad mental. En el caso de la Ley de Salud Mental, se entiende que utilizar el término trastorno mental es la opción más clara y que genera menos problemas de interpretación, ya que el grupo de usuarios/as podría ser ambiguo o por demás amplio.

Representantes de la psiquiatría manifestaron no estar de acuerdo con evitar mencionar el trastorno mental, ya que entienden que sería re-estigmatizar, y en lugar de ocultar a las personas que tienen trastornos mentales, ahora los ocultamos con eufemismos como si no fueran patologías. En este sentido se añade que, para luchar contra el estigma, es necesario *llamar las cosas por su nombre* de forma tal que la sociedad logre aceptar que las personas con trastornos mentales también pueden estar integradas.

Sin embargo, es necesario comprender las complejidades que implica la selección del término trastorno ya que las palabras solo existen en situaciones sociales (Bourdieu, 1985). Ignorar el hecho de que no hay palabras neutras, implica invisibilizar las luchas

de poder que existen detrás del lenguaje y naturalizar la dominación simbólica. Esta disyuntiva vuelve a interpelar los mecanismos de exclusión en el discurso en términos de Foucault (1999): quiénes pueden hablar de qué y en qué momentos o espacios.

Bourdieu (1985) señala que el ejercicio de una competencia técnica (que siempre puede ser imperfecta) da lugar a una competencia social de ser el locutor legitimado y autorizado para hablar con autoridad, como sucede en este caso con la psiquiatría. En este sentido, sería importante revisar esta relación de saber/poder ya que no necesariamente la forma de denominación que tiene la psiquiatría para con su objeto de estudio, es la más pertinente para llamar a la población objetivo de una Ley de Salud Mental que debería tener una perspectiva más abarcativa y menos reduccionista.

La discusión sobre salud mental en el ámbito legislativo no puede obviar los efectos políticos, sociales y culturales de utilizar denominaciones técnicas que etiqueten y estigmaticen a los sujetos. Desde este punto de vista, la CPU expresa que la necesidad de que “este marco legal también habilite a empezar a instalar nuevas pautas culturales en cómo tratamos y nos hacemos cargo de la locura como sociedad. Porque esto estigmatiza, sigue estigmatizando: pasamos del psicópata, al enfermo mental y ahora al trastornado mental” (ver anexo 2.3.4.).

De esta forma, el saber médico trasciende el campo científico a través de las estrategias discursivas de la medicalización (Mitjavila, 1998), colonizando con el lenguaje técnico, que define las miradas e intervenciones, la esfera de lo social. La dimensión discursiva de la medicalización (Mainetti, 2006) se relaciona también con la dimensión política de esta ciencia (Basaglia, 1989) que pretende mostrarse solamente como conocimiento técnico pero que interviene sobre sujetos que comprenden en su interior tensiones propias de la sociedad en la que viven.

Finalmente, se realizaron pequeños cambios respecto a la denominación de trastorno mental en el texto de la ley desde su ingreso en la Cámara de Senadores hasta su aprobación en la Cámara de Representantes. En una primera instancia, el texto aprobado por la Cámara de Senadores no realizó modificaciones respecto al uso de este término e incluso aumentó la frecuencia de su repetición, mientras que en la Cámara de Representantes se pueden observar cambios relativamente relevantes.

Por ejemplo, el Artículo 1° del texto aprobado por la Cámara de Senadores enuncia “la presente ley tiene por objeto reglamentar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el derecho a la protección de la salud mental de los residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental” (ver anexo 1.2.) En contraposición, la ley finalmente aprobada define en el mismo artículo que “la presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de servicios de salud mental en el marco del SNIS” (ver anexo 1.3.).

Esta modificación puede interpretarse como cierta voluntad de realizar concesiones, procurando establecer acuerdos y ampliar el alcance de la ley. El Artículo 1° es fundamental y establece el objetivo y enfoque de la ley, por lo cual la ocurrencia de esta transformación no es menor. Sin embargo no existe una consecuencia entre la modificación de dicho artículo y el ajuste del resto del texto, es decir que no se llegó a una real transformación del enfoque de la ley sino solamente de la forma de enunciar algunos pasajes concretos.

De esta forma, se puede observar que en las definiciones más amplias y generales se refiere con mayor frecuencia a las personas usuarias de servicios de salud mental; mientras que en los artículos que abarcan cuestiones más específicas y cada vez más prácticas, se sigue refiriendo al trastorno mental, acotando el espacio de regulación a las personas con patologías y dejando de lado el enfoque de salud mental en el sentido más amplio que había sido propuesto en el Artículo 1°.

El hecho de que se sustituyan las palabras trastorno mental por usuarios de servicios de salud mental en algunos artículos relevantes y generales (por ejemplo, en el Artículo 6° en el que se habla de los derechos), pero que luego no se armonice todo el texto de la ley en torno a esa modificación, demuestra que no se logra llegar a un cambio conceptual y genera posibles contradicciones o tensiones dentro de la propia normativa.

En este sentido, por ejemplo, en la Cámara de Senadores se incorporó en el Artículo 2° una definición de trastorno mental que se mantiene en la Cámara de Representantes y forma parte finalmente de la Ley de Salud Mental, a pesar de la modificación del Artículo 1° en el cual ya no se habla de trastorno. Si bien el primer artículo amplía la

población objetivo de la ley, el segundo vuelve a restringirla retomando la definición técnica asociada a la psiquiatría. De esta forma, se coloca nuevamente el énfasis en el objeto de estudio de la psiquiatría como si fuera exactamente lo mismo que sobre lo que se debe legislar. Esto tiene como consecuencia que los intentos de articular la interdisciplinariedad en la ley, terminen por ser definiciones bastante vagas y poco precisas.

La institucionalidad

Como se ha desarrollado, la construcción de los conceptos de salud y enfermedad conlleva disputas simbólicas, como por ejemplo en el lenguaje respecto a las formas de denominar el objeto de la Ley de Salud Mental. Pero también condiciona las prácticas y los arreglos institucionales que las encuadran, orientan y organizan.

En este sentido la ley no solamente es un espacio de construcción discursiva y simbólica en torno a este tema, sino que también crea y modifica las condiciones concretas de las formas de atención en la salud mental de nuestro país. Los diferentes actores han presentado sus puntos de vista sobre el marco institucional que rige esta área en concordancia con su concepción teórica explicitada anteriormente.

Se observarán y analizarán las dimensiones más pragmáticas que se ponen en juego en la ley y que se encarnan en dos objetos concretos que se retomarán en este apartado: la creación de un Órgano de Contralor y el cierre de las instituciones asilares y monovalentes.

Cierre de instituciones monovalentes y asilares

En el contexto del debate por el cambio de Ley de Salud Mental se ha cuestionado el rol de las instituciones monovalentes y asilares por parte de todos los actores involucrados. Estas instituciones representan un modelo de entender la locura y de gestionar este tipo de tensión social que encuentra su origen en la Edad Media. Foucault (1990) relata el desplazamiento de la figura del leproso como sujeto que provoca miedo y es necesario recluir, a la del loco, construyendo al asilo como un espacio de exclusión y aislamiento del mal que se teme que se propague al resto de la sociedad. En pleno siglo XXI es inminente revisar esta herencia histórica y su función social.

Este tipo de instituciones son consideradas obsoletas desde hace ya mucho tiempo y el movimiento hacia la superación de ese modelo de internación es una tendencia internacional. Si bien hay acuerdo entre todos los actores que participan en el debate por la Ley de Salud Mental en que estas instituciones deben ser superadas (y así lo demuestran las Actas del Parlamento donde las diversas organizaciones lo manifiestan), se pueden observar algunas opiniones divididas al interior de la psiquiatría.

En abril de 2016 se afirma en el Boletín SPU que uno de los puntos positivos del proyecto de ley tiene que ver con el cierre de las instituciones monovalentes y asilares. En julio de ese mismo año se publica el artículo “Acerca de los hospitales monovalentes en psiquiatría” (ver anexo 2.1.8.) en el cual se señala que la necesidad de los mismos es una realidad ya que solamente en ese contexto se puede atender adecuadamente ciertas patologías, reforzando la idea de relación de servicio (Goffman, 1984) que se pretende llevar adelante en este espacio. Asimismo, se afirma la necesidad de cautela antes de fijar el cierre de estos espacios en la ley, ya que existe la sensación que se juzga a los hospitales psiquiátricos considerando solamente el funcionamiento defectuoso del Hospital Vilardebó, pero que esto no debe deslegitimar el modelo asilar por completo.

Esta publicación en defensa de los hospitales monovalentes surge en respuesta a un comunicado difundido por la CNLSM en junio de 2016 en el cual se denunciaba “la penosa situación que ofrecen los hospitales psiquiátricos como el Vilardebó. En la práctica se convierten en centros de confinamiento ya que hasta ahora no se han instrumentado otros modelos” (ver anexo 2.2.6.). En este mismo comunicado, se retoman dichos del director de ASSE quién había afirmado que el 40% de los pacientes son personas que podrían reintegrarse a la sociedad pero no cuentan con alternativas externas.

No se puede perder de vista que el hospital de por sí – más allá de su funcionamiento concreto – no es un espacio benigno (Goffman, 1984), sino que cumple inevitablemente una función de custodia y simboliza una forma de entender la salud mental que se pretende dejar en el pasado. Desde este punto de vista, ¿qué implica afirmar que solamente en el hospital psiquiátrico se pueden atender adecuadamente ciertas patologías?

Las instituciones totales son el espacio donde se da la mayor capacidad de ejercer control por parte de la psiquiatría y, pesar de que las organizaciones referentes a esta

disciplina manifestaron ante los/as legisladores/as su conformidad con el cierre de las instituciones monovalentes, artículos como el mencionado dejan entrever ciertas resistencias aún existentes a perder este espacio de poder. En el contexto de internación, cualquier rutina o normativa puede ser modificada por la voluntad del psiquiatra, tal como indica Goffman (1984), colocando a este actor en un rol único y con un poder no igualable por ningún otro funcionario o profesional del área.

En este sentido, nuevamente se vuelve una elección peligrosa obviar la función política de dichos espacios como un mecanismo de aislamiento de personas desviadas socialmente, justificándolo desde su función médica. A su vez, esta justificación ha constado históricamente de dos partes: por un lado, la de beneficencia y por otro la de represión (Foucault, 1990). De cierta forma, esta doble legitimación de la internación continúa vigente ya que la argumentación en su defensa oscila entre la protección de las personas en una situación de vulnerabilidad y sufrimiento en un espacio de cuidados por un lado, y la noción de peligrosidad para sí mismas o terceros, por otro.

Desde la psiquiatría se afirma que “no debemos renunciar a las acciones positivas que creemos convenientes por ser ‘discriminatorias’. O sea, por estar dirigidas a quienes deben estar dirigidas; hacer eso sería huir del estigma y no enfrentarlo” (ver anexo 2.1.8.). Sin embargo, la diferencia entre la internación en un hospital general y un hospital psiquiátrico implica necesariamente el intento de separar determinada población por su desviación. Las características que se asocian con la enfermedad mental tienen que ver con su capacidad disruptiva en términos de convivencia y problemas de adaptación (Szasz, 1989) que provocan resistencias a la hora de pensar un modelo de abordaje en el cual pacientes psiquiátricos puedan acceder a los servicios de atención que necesitan en los hospitales generales y en otros espacios de carácter comunitario, ya que la locura es un asunto de sensibilidad social (Foucault, 1990).

Por otra parte, la CNLSM entiende que el proceso de cierre de las instituciones monovalentes y asilares es fundamental y posible, basándose en las experiencias exitosas llevadas adelante en el ámbito internacional. Sin embargo, advierten acerca de los peligros de la *desmanicomialización forzada*, es decir, del cierre de dichas instituciones sin el correspondiente planeamiento de la transición y sin prever dispositivos alternativos, como ha ocurrido en el pasado especialmente el marco del neoliberalismo. De ser así, las problemáticas de exclusión y estigmatización solamente

aumentarían, dejando a las personas en una situación de completa vulnerabilidad. Es por este motivo que, si bien se celebra que el proyecto de ley prevea el cierre progresivo de dichos hospitales, afirman la necesidad imperiosa de que quede registrado un cronograma de cierre y un plan de acción con participación de todos los actores involucrados.

La importancia del cierre de las instituciones asilares y monovalentes tiene que ver, según la CNLSM, no solamente con las condiciones actuales de internación ni con el funcionamiento concreto de los hospitales psiquiátricos hoy en día, sino con la incompatibilidad de este tipo de establecimientos en el contexto de transformación del modelo de abordaje. Uno de los principales motivos de esta incompatibilidad, es que este tipo de internaciones reproducen el paradigma que concibe el padecimiento psíquico como un desorden meramente biológico y que no reconoce su componente esencialmente multidimensional y por ende, objeto de un abordaje interdisciplinario.

En las instituciones monovalentes no hay espacio para ese enfoque, la dirección queda a cargo del psiquiatra y las decisiones son justificadas desde el conocimiento de la medicina. Sin embargo, las diferencias sociales son parte esencial en el proceso de producción de la subjetividad de los/as pacientes que atiende el/la psiquiatra. De la misma forma, las consecuencias de la internación van más allá del cuerpo y la mente de la persona, sino que se extienden a su vida social y condicionan sus posibilidades de integración.

La internación en hospitales psiquiátricos por otra parte, es generalmente más prolongada que otros tipos de internación, por lo cual genera procesos de *desculturación* (Goffman, 1984) y desconexión del paciente con su entorno (familia, trabajo, barrio, etc.), El propio ingreso a la institución total, obliga a la persona a transitar una serie de situaciones de despojo que implican una mortificación del yo (Goffman, 1984) y conlleva consecuencias difíciles de revertir. De esta forma se profundiza el sufrimiento y se acentúan o generan conductas que confirman y refuerzan la imagen de *loco*.

Sobre esto, la CNLSM entiende que la carga de estigma otorgada a la internación la convierte en un hecho central en la vida del sujeto y clave a la hora de definir la forma en que éste es percibido por el entorno, lo cual hace que sea una medida no deseada por el paciente y se traduce en el carácter de involuntaria de muchas de las internaciones. Por su parte, como se mencionaba anteriormente, la psiquiatría tiene una postura

dividida pero predomina claramente la idea de que, si bien el estigma continuará existiendo a pesar de que se anule la internación, las instituciones monovalentes y asilares ya no son necesarias como forma de tratamiento y eso permite que se busquen dispositivos alternativos que reduzcan la exposición al estigma y permitan mantener y reforzar los espacios de contención en la comunidad.

De la misma manera, la CPU también se posicionó respecto a este asunto y afirmó que “no podemos seguir teniendo manicomios en el país; no podemos seguir encerrando la locura y silenciándola; porque no podemos seguir tratándonos tan mal como sociedad” (ver anexo 2.3.4.). En este sentido, desde el saber de la psicología se identifica como poco oportuno aislar al sujeto que padece, generando un sistema de *puerta giratoria* en los hospitales, ya que las personas no cuentan con otras alternativas. Se vuelve esencial, entonces, construir y fortalecer redes comunitarias para que las personas con padecimientos psíquicos puedan integrarse socialmente y llevar adelante una vida digna.

Como se ha adelantado, inicialmente el proyecto de ley (ver anexo 1.1.) proponía el cierre de las instituciones monovalentes y asilares, prohibiéndose también nuevas internaciones. Sin embargo, no se planteaba un cronograma de cierre ni una fecha límite para el mismo. Desde la psiquiatría se afirmó la necesidad de aprobar la ley lo antes posible, sin mayores modificaciones; mientras que desde la CNLSM se insistió en la importancia de que esta información quedara establecida en la ley ya que luego durante la reglamentación de la misma no había garantías de que esto ocurriera.

Finalmente, la ley aprobada (ver anexo 1.3.) estableció la fecha de cierre de las instituciones manicomiales para el año 2025, dejando el espacio para crear el cronograma de cierre al momento de la reglamentación (a cargo del MSP). Hoy en día este tema está nuevamente bajo la mirada de la opinión pública ya que pasado más de un año de la aprobación de la Ley de Salud Mental, apenas se está comenzando la reglamentación de algunos artículos y aún no hay avances respecto cómo se dará el cierre que debe efectuarse en 2025.

Órgano de Contralor

Otro de los marcos institucionales más polémicos que propone la Ley de Salud Mental tiene que ver con la creación de un Órgano de Contralor que regule y controle las intervenciones en el campo de la salud mental protegiendo y garantizando el efectivo

goce de los derechos de los usuarios y usuarias de servicios de salud mental, especialmente aquellos/as que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Si bien este tipo de organismos es promovido e implementado a nivel internacional, su discusión ha generado fuertes tensiones en la creación de la ley en nuestro país. Podremos observar e identificar aquí la lucha contra al poder establecido de la medicina y el interés por delimitar su espacio de acción, promoviendo la intervención de otros saberes como garantes del adecuado abordaje de las personas con padecimiento psíquico. Asimismo, la respuesta desde la psiquiatría a la propuesta de regular su accionar muestra el nivel de compromiso con la defensa de su disciplina y su rol en la intervención en salud mental, así como pone en evidencia los mecanismos de exclusión del discurso anteriormente mencionados.

Este cambio institucional procuraría garantizar que la atención de las personas con padecimientos psíquicos no sea un mecanismo de control ni sanción social, ya que involucra entre otras cosas el monitoreo de los casos de internaciones involuntarias que según entiende Szasz (1989) están fuertemente vinculadas a las búsqueda del conformismo social de la persona que se separa de la norma. La resistencia de la psiquiatría a que esto sea regulado de forma externa, tiene que ver con la dimensión política del tratamiento psiquiátrico (Basaglia, 1989) y expone el lugar de la ciencia en la sociedad.

Concretamente, desde el inicio del debate se ha manifestado por parte de la CNLSM la importancia de crear y dar sustento institucional a algún tipo de organismo de control que garantice el respeto de los Derechos Humanos de las personas con padecimientos psíquicos, así como el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Salud Mental. Se puede observar en las Actas de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores y Representantes la reiteración de este tópico, siendo mencionada como una de las inquietudes principales por las distintas organizaciones que acudieron a dialogar a dicha Comisión, por ejemplo: INDDHH (ver anexo 2.4.4.) Asamblea Instituyente (ver anexos 2.4.1. y 2.4.6.), Facultad de Psicología (2.4.3.) SPU (ver anexo 2.4.2) Clínicas de Psiquiatría de Facultad de Medicina (ver anexo 2.4.5.) entre otros.

En esta temática se tornó muy difícil generar acuerdos ya que en el Proyecto de Ley se propone que el órgano encargado de la tarea de contralor sea una Comisión dentro del propio MSP, mientras que por su parte, la CNLSM entiende que esta opción no da

garantías reales y que deben buscarse otras alternativas, por ejemplo que se ubique dentro del Poder Legislativo o la INDDHH, ya que procuran que se trate de un Órgano de Revisión independiente y autónomo.

Esta postura encuentra su sustento también en ciertos acuerdos internacionales a los cuales Uruguay suscribe y que explicitan la importancia de que sea un órgano independiente e imparcial, entre ellos se encuentra el documento “Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención en la salud mental” (1991).

Desde la CNLSM se entiende que la existencia de una Comisión de Contralor dependiente del MSP no tiene por qué ser excluyente de la existencia de un Órgano de Revisión dentro de la órbita del Poder Legislativo o de la INDDHH con un poder vinculante, con la finalidad de que actúe como mecanismo de protección, promoción y defensa de los Derechos Humanos de los y las usuarios/as de los servicios de salud mental. Sin embargo, la existencia solamente de la Comisión del MSP implicaría un conflicto bio-ético ya que dicho Ministerio se convertiría en juez y parte, no otorgando las garantías suficientes.

La postura planteada por la psiquiatría tampoco acuerda totalmente con la propuesta inicial de la Comisión de Contralor ya que, si bien entienden que es pertinente que se encuentre dentro del MSP, identifican la necesidad de una mayor presencia de psiquiatras en la misma. Esto se debe, según indican, a que no puede ejercer la función de control de las tareas inherentes a su disciplina actores ajenos a ella y, por tanto, la Comisión de Contralor debe contar indefectiblemente con un psiquiatra de adultos y uno pediátrico.

Este planteo va en concordancia con la idea de que el conocimiento técnico de la psiquiatría cuenta con un valor y especificidad que solamente puede ser cuestionado o dialogado dentro de la misma disciplina, que cumple con los requisitos que la *policía discursiva* (Foucault, 1999) estipula para construir su *verdad*. Sobre el Órgano de Contralor, la psiquiatría afirma que “en la medida en que sus miembros operen sin el fundamento técnico que el saber psiquiátrico implica, las decisiones que se tomen van a perder objetividad” (ver anexo 2.1.10.).

Nuevamente quedan excluidos del acceso a ciertos espacios de poder quienes no dominan este discurso porque no cuentan con dicho saber. El lenguaje de los médicos se manifiesta como un código prohibido (Porzecanski, 2008) que no puede ser compartido, explicado y por ende, cuestionado.

La falta de acceso al lenguaje propio de la medicina, forma parte de un proceso más amplio que tiene su punto de partida en el establecimiento de su estatuto científico, profesional y político (Mainetti, 2006) que le otorga la centralidad que tiene hoy en día esta disciplina para intervenir en la enfermedad. La falta de diálogo real entre médico y paciente genera al proceso de despersonalización de éste último señalado por Porzecanski (2008) y tal como indica Goffman (1984) esta distancia e indiferencia para con el paciente permite sostener la ficción de una lógica de servicio en el tratamiento de la enfermedad, a pesar de que ésta no sea posible.

Desde la psiquiatría también se reciben con cierta incomodidad los pedidos reiterados de buscar mecanismos de control de su accionar y esto tiene que ver con la noción de autonomía concedida (Mitjavila, 1998) instalada en la sociedad en general respecto a la labor médica. Esta autonomía que se encuentra legitimada en su intervención en el campo de la salud, tiene implícita la capacidad de autorregulación que no permite el cuestionamiento desde otros saberes. Los/as psiquiatras afirman que deberían poder ejercer su disciplina sin ningún tipo de control y sin limitaciones que, sienten, pueden entorpecer su capacidad de ayudar a los pacientes.

En esa misma línea, se ha manifestado en repetidas ocasiones la asimilación entre la defensa de la psiquiatría y la defensa de los/as pacientes (2.1.16. y 2.1.10), entendiendo que los cuestionamientos a esta disciplina y su tarea implicaban un daño directo a las personas con padecimientos que se encuentran en una situación de suma vulnerabilidad y requieren de sus cuidados, sin limitantes.

A partir de estas discusiones, se ha mantenido con pequeñas modificaciones el Capítulo VI de la Ley de Salud Mental, el cual está destinado a regular el Órgano de Contralor. Continúa tratándose de una Comisión dentro del MSP, pero se llevaron adelante algunos cambios con la finalidad de ampliar su composición, incorporando nuevos actores a este espacio de control. Inicialmente, el Artículo 41 definía la composición del Órgano de Contralor de la siguiente manera (ver anexo 1.1.):

- Dos representantes del MSP, uno de los cuales será el Presidente del Órgano de Contralor
- Tres representantes de UdelaR (Facultad de Medicina, Facultad de Psicología y Facultad de Derecho)
- Un representante de trabajadores de la salud mental
- Un representante de las personas con trastorno mental

Finalmente, en la ley aprobada se mantienen éstos mismos miembros y se agregan (ver anexo 1.3.):

- Un representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental
- Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

En este sentido, no se reconoció la petición de la psiquiatría de que se incorporara un psiquiatra de adultos y uno pediátrico, mientras que sí se incorporó a la sociedad civil organizada. A pesar de que el MSP continúa siendo juez y parte, estos no son cambios despreciables y demuestran un cierto espacio que poco a poco van conquistando nuevos actores.

Esta modificación en el Artículo 41 lleva a la necesidad de realizar ajustes en los Artículos 44 y 45, debido al incremento de los miembros del Órgano de Contralor. Asimismo, se agregó el Artículo 46 (no existente previamente) que afirma: “encomiéndose especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley N°18.446 de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidas en la presente ley” (ver anexo 1.3.). Si bien no se le otorga a la INDDHH un poder vinculante en este aspecto, su inclusión en la ley da cuenta del proceso de debate y negociación llevado adelante por los distintos actores.

Síntesis de resultados y conclusiones

Si bien la discusión al interior del área de salud mental, los cuestionamientos al modelo de atención y la propuesta de nuevos abordajes son procesos de larga data en los que han participado múltiples actores, el debate público librado en torno al cambio de legislatura marca un cambio importante en la temática.

En primer lugar cabe destacar la notoriedad pública que ha tomado el tema en los últimos años, generando un impacto en la población en general y una expansión del debate acerca de la salud mental. En este sentido numerosos medios de prensa han retomado estas noticias, otorgándoles mayor difusión y posicionándolas en un lugar de relativa relevancia.

Por otro lado, el proceso de diálogo transitado en el último período ha permitido la articulación entre distintos colectivos vinculados a la salud mental desde diversos ámbitos, quienes se han nucleado y coordinado sus acciones. Es el caso de la CNLSM, la cual (a pesar de su disolución luego de la aprobación de la ley) marca un antecedente importante y deja establecidas conexiones y redes de diálogo que trascienden el encuadre de la misma y se sostienen hoy en día. El ejercicio de unificación, llegando a acuerdos para alinear sus demandas y lograr un mayor impacto demuestra un compromiso y esfuerzo que no es menor en el contexto de una lucha de poder ante un grupo dominante como es la psiquiatría. En este sentido, contar con el respaldo de otra de las disciplinas más importantes en la salud mental, como es la psicología, se convirtió en una ventaja y permitió ampliar las bases de legitimidad y articulación de saberes.

Este esfuerzo por reconfigurar las relaciones teóricas, técnicas e ideológicas de los procesos de salud y enfermedad implica necesariamente un movimiento en la circulación de los discursos en el campo de la salud mental, ya que la locura pertenece a las regiones del silencio.

En cuanto al contenido del debate, se han analizado los discursos tanto de la psiquiatría como de la CNLSM plasmados en: documentos de los medios de publicación de la psiquiatría, las Actas del Parlamento y entrevistas a integrantes de la CNLSM. Se procuró sistematizar información en torno a la tensión entre discursos (dimensión simbólica) y prácticas (enmarcadas en lo institucional), especialmente sobre: la

denominación *trastorno mental*, el cierre de instituciones monovalentes y asilares, y el Órgano de Contralor.

En cuanto a la lucha de poder simbólica desplegada en torno a la denominación trastorno mental, se identificó como parte de la tensión entre los actores que han procurado incidir en la construcción simbólica del campo de la salud mental, que se encuentra en disputa y constituido por múltiples fuerzas de poder. Si bien desde la psiquiatría se entiende que el término trastorno mental es el más adecuado desde el punto de vista científico, la CNLSM considera que sus implicancias políticas, sociales y culturales son demasiado estigmatizantes. Buscar las formas de promover el cambio cultural necesario para transformar los modelos de abordaje, es esencial a la hora de pensar una Ley de Salud Mental.

Por otra parte, acerca del cierre de las instituciones monovalentes y asilares tanto las organizaciones de la psiquiatría como la CNLSM han manifestado frente al Parlamento su conformidad con la medida. Sin embargo, al interior de la psiquiatría aún se pueden vislumbrar opiniones encontradas, aunque las posturas que cuestionan el cierre de los manicomios no representan la fuerza mayoritaria, ya que se entiende que el mal funcionamiento de algunos hospitales psiquiátricos concretos aún no implican la obsolescencia de todo el sistema manicomial en sí mismo. En este sentido, es importante entender que este tipo de instituciones totales han cumplido y cumplen una función política muy importante y pensar el futuro de la salud mental sin ellas es un desafío no solo para los actores que intervienen directamente en esta área, sino para la sociedad toda.

Finalmente, se ha debatido acerca de la necesidad o no de un Órgano de Contralor en los procesos de atención en materia de salud mental. Este punto del debate, ha permitido identificar con mayor claridad aún las luchas de poder propiamente asociadas al saber y al conocimiento científico, ya que desde la psiquiatría se entiende que cualquier cuestionamiento a su tarea proveniente del exterior de su disciplina no será objetiva y por ende, carecerá de valor. Asimismo, existe un fuerte rechazo a renunciar a la autonomía concedida de la que goza la medicina para intervenir en el campo de la salud, ya que entienden que no es necesario que se regule su práctica e incluso afirman que hacerlo podría ser perjudicial para los/as propios/as pacientes.

El rol de la CNLSM en el debate y su discurso de resistencia ha permitido ciertos avances hacia nuevas prácticas en materia de salud mental que se ven reflejados en las modificaciones realizadas al proyecto de ley. Sin embargo, la nueva Ley de Salud Mental, aunque representando un avance significativo respecto a la Ley del Psicópata, no da cuenta de un cambio real del modelo de abordaje ni de transformaciones conceptuales profundas. Más bien representa un momento de la lucha de poder con todas las contradicciones que ella conlleva, plasmando visiones conservadoras, al mismo tiempo que intentos de cambio que lentamente comienzan a hacerse visibles y a ganar espacios en el discurso.

Queda clara la intención por parte de ciertos actores de desnaturalizar la forma en que se entiende y aborda la salud mental en nuestro país, exponiendo el rol político de la tarea de la psiquiatría y de qué forma ésta da cuenta de un proceso de medicalización más amplio. Han quedado expuestos también los intereses por conservar ciertas estructuras existentes en el campo de la salud mental que otorgan un lugar privilegiado a la psiquiatría debido el vínculo entre saber y poder y que rechazan la apertura de este espacio discursivo a otro conjunto de saberes articulados.

La CNLSM ha pretendido realizar la tarea también política de transformar el rol social de las personas con padecimientos psíquicos, logrando superar finalmente su lugar de *psicópatas* o *trastornados* que históricamente resulta altamente funcional a los intentos de control social de la desviación.

Es esencial continuar y profundizar la búsqueda de caminos para que la locura pueda salir del terreno del silencio y la minoridad, ya que la locura es presentada muchas veces como niñez y asociada a la noción de muerte civil. De hecho, en la actualidad la figura legal bajo la que se define a las personas con padecimientos más graves y persistentes es la de incapacidad civil, anulando a la persona como sujeto de derechos y desplegando un sistema de tutelaje a través de la figura del curador. Esta categorización en términos de incapacidad tiene que ver a la vez con el vínculo abstracto del individuo con el Derecho, pero también determina de forma concreta el vínculo entre sujeto y sujeto.

Se entiende que la sociología cuenta con la capacidad y el deber de continuar realizando aportes que permitan identificar estas relaciones de dominación que se construyen a nivel ideológico permeando completamente el imaginario social sobre la salud mental y que generan procesos de exclusión.

Bibliografía

Barrán, José Pedro (1990). *El nacimiento de una sensibilidad civilizada y su entorno*. En Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: El disciplinamiento (1860-1920). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, José Pedro (1992) *Cura y violencia. El manicomio y la razón médica en el Novecientos*. En Gaceta Universitaria, vol 6.

Basaglia, Franco: et al. (1989) *La institucionalización psiquiátrica de la violencia*. En Razón, locura y sociedad. México: Siglo veintiuno editores.

Bourdieu, Pierre (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Ediciones Akal.

Canguilhem, Georges (1971). *Lo normal y lo patológico*. Argentina: Siglo veintiuno editores.

De León, Nelson y Techera, Andrés (2017). *Reformas de Salud Mental en Uruguay y la región*. En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo: Psicolibros.

Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (2013). *Identidad y convivencia*. Montevideo: Editorial Psicolibros.

Fernández Castrillo, Beatriz (2017 i). *Salud Mental y políticas públicas: algunas notas*. En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo: Psicolibros.

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

Fitzpatrick, Roy (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Consejo Nacional de ciencia y tecnología. Fondo de cultura económica.

Foucault, Michel (1986). *Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto*. En *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, Michel (1990). *Historia de la locura en la Época Clásica*. Tomos I y II.. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.

- Foucault, Michel (1999). *El orden del discurso*. Barcelona: Fábula Tusquets.
- Freidson, Elliot (1978). *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Ediciones Península.
- Goffman, Erving (1984). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Mainetti, José Alberto (2006) *La medicalización de la vida*. Revista electroneurobiología, n°14. Disponible en http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion_de_la_vida.htm (última consulta 15/04/2019)
- Menéndez, Eduardo (1984). *Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico*. Revista Paraguaya de Sociología, año 21, n°61
- Mitjavila, Myriam (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. En Documentos de trabajo n°33. Montevideo: Departamento de Sociología.
- Mitjavila, Myriam (1992). *Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización*. En Cuadernos del CLAEH n°62. Montevideo: Revista de Ciencias Sociales.
- Pérez Fernández, Robert (2017). *¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico?* En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo: Psicolibros.
- Porzecanski, Teresa (2008) *Medicalización y mitologías: el cuerpo físico y el cuerpo social*. En El cuerpo y sus espejos. Montevideo: Editorial Planeta
- Silva Cabrera, Cecilia (2012 i). *El Estado como campo de producción social de la discapacidad en la mediación de las políticas sociales*. En Del Dicho al Hecho. Políticas sociales y discapacidad en el Uruguay progresista. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- Silva Cabrera, Cecilia (2012 ii). *¿Políticas de Salud Mental Comunitaria? Algunas líneas sobre el contexto actual para la producción de alternativas a la desmanicomialización*. En Del Dicho al Hecho. Políticas sociales y discapacidad en el Uruguay progresista. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Stolkiner, Alicia (2013) *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. En Los sufrimientos. Montevideo: Psicolibros.

Szasz, Thomas (1989). *El mito de la enfermedad mental*. En Razón, locura y sociedad. México: Siglo veintiuno editores.