

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Estudio sobre los modelos de atención a la
salud mental en Uruguay: un análisis comparativo
entre el marco legal vigente y las propuestas
de modificación actuales**

Oriana Henig

Tutora: Celmira Bentura

2017

Agradecimientos

A mis padres por el apoyo y la inspiración, y a mi hermano por el humor. A mis tíos y abuelos por preguntarme todo el tiempo cuando iba a terminar la carrera.

A mis amigas, Tamara y Noni, que son lo más lindo que me dio esta Facultad y me enseñaron que es la sororidad.

A Álvaro, por haber sido un gran compañero en este proceso.

A mis compañeros de investigación del Proyecto Integral: “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional”, en especial a Adrián por bancarme en cada pregunta.

A Celmira Bentura, por ayudarme a mirar las cosas desde otro lugar.

A los funcionarios de la biblioteca de la Facultad de Ciencias Sociales, que hacen de ella un espacio perfecto para crear.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Capítulo 1: Construcción Histórica de la Salud Mental	
Recorrido histórico conceptual de la Salud Mental	6
Devenir histórico de la salud mental en el marco legal uruguayo... ..	8
Capítulo 2: Posturas frente a la determinación del usuario, características del tratamiento y órganos rectores.	
Determinaciones y tipificaciones... ..	12
Características de los tratamientos a la salud mental... ..	17
Órganos Rectores... ..	25
Capítulo 3: Construcción de la Vida Cotidiana de los usuarios	
Trabajo.....	31
Vivienda.....	34
Educación... ..	37
Reflexiones finales	49
Bibliografía	44
Fuentes	51

Resumen

Uruguay se encuentra en un momento histórico clave, se disputa un cambio en la atención a la salud mental y su discusión se desarrolla en la sociedad civil, en la academia, en los diferentes ámbitos del poder legislativo, etc.

Desde una perspectiva comparativa, la presente monografía analiza el modelo predominante de atención a la enfermedad mental desde la primera mitad del siglo XX y los modelos alternativos defendidos en los últimos años en nuestro país.

Se toma una ley, un anteproyecto de ley y un proyecto de ley que reflejan esos diferentes modelos. Se descomponen sus elementos, se exhiben argumentos que justifican cada modelo, así como también posturas críticas que los cuestionan. Se pretende llegar a reflexiones que expongan las grandes diferencias entre ellos y que consideren si los cambios propuestos son sustanciales.

Palabras claves

Enfermedad mental. Salud mental. Marco Legal.

Introducción

Este documento se presenta como monografía de grado, con la intención de darle fin a la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. El interés por la temática de salud mental surge de la práctica pre-profesional desarrollada en un centro de rehabilitación psicosocial. Esa experiencia despertó curiosidades y generó un acercamiento a realidades que hasta ese entonces se creían lejanas. El presente momento histórico potencia la atracción de la temática: somos testigos de un posible cambio de paradigma de atención a la salud mental en Uruguay, que tomaría expresión en una nueva ley de salud mental.

En consecuencia, parece clave un análisis comparativo entre el modelo predominante en nuestro país desde la primera mitad del siglo XX y los modelos propuestos en los últimos años; donde se reflejen algunas de las grandes transformaciones implicadas. Para este estudio, se consideró pertinente tomar documentos legales que respetan esas diferentes formas de abordar la salud mental: la Ley Psicópatas (1936), el anteproyecto de ley creado por la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015) y el proyecto de ley presentado por el Ministerio de Salud Pública (2016) que cuenta actualmente con sanción parlamentaria completa. Así se conformó la estrategia metodológica de esta monografía: un análisis comparativo de documentos legales y perspectivas teóricas, donde se identifican semejanzas y diferencias.

El trabajo se encuentra estructurado en tres capítulos, en el primero se plasma un recorrido conceptual de la enfermedad mental y el devenir histórico de la misma en la especificidad del marco legal uruguayo. El segundo capítulo pretende profundizar en los documentos legales seleccionados, comparando sus formas de llamar a las personas, las características de los tratamientos que se promueven y los órganos rectores que cada uno crearía. En el último capítulo, se intenta conformar la vida cotidiana de los beneficiarios; tomando como ejes de análisis el trabajo, la vivienda y la educación.

Finalmente, se exponen algunas reflexiones considerando la evolución de la salud mental en

Uruguay, cuestionando si los modelos de atención propuestos en la contemporaneidad introducen transformaciones significativas.

Objetivo General:

Analizar los elementos conceptuales implicados en los modelos de atención a la salud mental propuestos en la normatividad Uruguaya.

Objetivos Específicos:

- Realizar un breve recorrido histórico conceptual de la salud mental.
- Presentar el devenir histórico de la salud mental dentro del marco legal uruguayo.
- Indagar en lo expresado en la Ley Psicópatas 9.581, el proyecto de ley del Ministerio de Salud Pública y el anteproyecto de ley de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna.
- Determinar similitudes y diferencias sobre ejes específicos entre los modelos de atención propuestos.

Capítulo 1 – Construcción Histórica

La reconstrucción histórica del tema a estudiar aparece como elemento fundamental a la hora de comprender esa realidad. La contextualización de los acontecimientos permitirá desprenderse de los juicios derivados del momento histórico actual. Se comenzará con un recorrido conceptual general, haciendo referencia muchas veces a la realidad Europea, encontrando luego la especificidad en Uruguay y su marco legal.

1.1 Recorrido histórico conceptual de la Salud Mental

Amico (2005) en su libro “La institucionalización de la Locura” reconoce que la definición de salud mental es en esencia valorativa, ya que las distintas evaluaciones que permiten categorizar a las personas como sanas o enfermas dependen del contexto social.

Foucault (1990) afirma que durante siglos las personas consideradas poseídas eran parte del universo cristiano; éstas reflejaban al demonio y al mismo tiempo un instrumento de la gloria de Dios. “El endemoniado ilustra un combate eterno, y el pensamiento cristiano reconoce en él el drama del hombre aprisionado entre lo divino y lo satánico” (Foucault, 1990, p.89). Aquí se encuentra una primera aproximación a la realidad de esta población, donde el origen de la enfermedad mental sería religioso.

Luego del renacimiento, el autor admite que existe un quiebre, la posesión cuenta con un nuevo sentido cristiano. El cuerpo posee al espíritu y así aboliría la libertad. No se destruiría el cuerpo, sino que se evitaría que éste sea instrumento de un espíritu insano. En el siglo XVII aparecen nuevas prácticas hospitalarias, en las que el “régimen de fuerza” no tiene el sentido de castigo sino de salvaguardia (Foucault, 1990).

En el siglo XVIII la locura deja de ser una superposición de un mundo sobrenatural, un demonio por sobre las creaciones de Dios y empieza a ser conceptualizada como “la desaparición de las facultades más altas del hombre” (Foucault, 1990, p.90). Pasamos de una posesión demoníaca, a lo que Foucault llamará “práctica inhumana de la alienación” (1990, p.91). Las personas reconocidas en ese momento como “enfermos mentales” eran despojadas de sus libertades. Más exactamente, eran alienados de derecho, se le transmitía a algún familiar o encargado legalmente los derechos de esas personas. Hasta el siglo XIX se

acostumbraba internar a todo aquel que perturbara el orden social. “La finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales” (Foucault, 1990, p.89). Se creó en este siglo la “internación voluntaria” donde los familiares podían decidir los pasos a seguir luego de recibir el diagnóstico médico (Foucault, 1990).

“Se sustituye la voluntad del sujeto por la voluntad, considerada como su equivalente, de su familia: se transfiere a otros los estrictos derechos de la libertad individual (...) el siglo XVIII restituyó al enfermo mental su naturaleza humana, pero el siglo XIX lo privó de los derechos y del ejercicio de los derechos derivados de esta naturaleza” (Foucault, 1990, p.93).

El siglo XIX trajo consigo otra perspectiva, donde las evaluaciones que permiten categorizar a la personas, lejos de encontrar la génesis en la religión, lo hacen en la ciencia. La enfermedad mental sería una condición derivada de las limitaciones individuales de las personas (MIDES, 2015). El fin primordial de ese modelo es normalizador y Castel dirá que los mecanismos se basan en un reclutamiento donde se arranca a las personas de su medio ambiente para trasplantarlos a un espacio cerrado (Castel, 1980).

Estos mecanismos se ven cuestionados en Europa durante el proceso de reforma de la atención psiquiátrica, finalizada la Segunda Guerra Mundial. Se defendía el cierre definitivo de los manicomios y la creación de redes para la atención y prevención de la salud mental. La finalidad era cambiar el paradigma¹ que la psiquiatría había instaurado y que tomaba expresión con el manicomio. Las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales, comienzan a posicionar a lo social con un rol destacado dentro del campo de la salud mental. Pero este modelo social de atención encuentra contradicciones: en la práctica el dispositivo manicomial se esconde tras formas alternativas de atención que repiten los mecanismos asilares (Amico, 2005).

“Las formas alternativas han terminado coexistiendo con los manicomios. Así es como el manicomio, como establecimiento y dispositivo institucional, continúa hasta nuestros días siendo la respuesta asistencial hegemónica, es decir, el único

¹ Kuhn conceptualiza a los paradigmas como: “realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (Kuhn, 1978, p.13)

referente “legitimado” frente al tratamiento de la salud enfermedad mental”
(Amico, 2005, p.58).

Álvaro en Amico (2005) hace un gran resumen de cuatro fases identificadas dentro de este desarrollo socio-histórico:

“La primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social; la tercera la consideraría como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos” (Álvaro apud Amico 2005, p.19).

En el siguiente apartado se intentará exponer la concreción que toman todos estos elementos conceptuales en la realidad uruguaya, particularmente, en la evolución de su normatividad.

1.2 Devenir histórico de la salud mental en el marco legal uruguayo

Acotando el análisis a Uruguay y su marco legal, se encuentra en el siglo XX la Ley 9.581: llamada Ley Psicópatas, sancionada con la firma de Terra y Eduardo Blanco Acevedo el 8 de agosto de 1936; conformada por 48 artículos, subdivididos en VII capítulos.

“Lo cierto es que una ley destinada a disciplinar las conductas erráticas e imprevisibles de las personas portadoras de una afección “mental”, atenuada en su carácter represivo por disposiciones protectoras contra el abuso, perdió en el camino éste último aspecto y en los hechos quedó en pie durante cinco décadas un único artículo, el 24º, que permite la internación forzosa y de oficio en un establecimiento psiquiátrico, con el parecer conforme de dos psiquiatras”
(Rama, 2000, p.1).

En los años 80 se comenzó a cuestionar lo expuesto en la Ley 9.581. Se llevaron a cabo encuentros y debates² que determinaron algunos cambios parciales y que luego motivaron la

² “En 1984, la Sociedad de Psiquiatría, frente a la problemática específica que en aquel momento presentaba la asistencia psiquiátrica en Uruguay, formó una Comisión de Salud Mental que trabajó a lo largo de ese año. El 6 de octubre se llevó a cabo un encuentro («La Salud mental en el Uruguay: un desafío») en el que participaron

creación del Plan Nacional de Salud Mental que fue presentado en 1986.³

El cambio de paradigma mundial se expresa en el marco legal uruguayo ya que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI ha signado y/o ratificado los siguientes documentos: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (1966), Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica (1990), Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención a la salud mental (1991), Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993), Principios rectores sobre el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas (2005), Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2006), Institución Nacional de los Derechos Humanos ley nº 18.446 (2008), Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1997), y otros. Pero se presenta una contradicción: todos estos documentos coexisten con los todavía vigentes modelos asilares (Ley 9.851).

En los últimos quince años, surgieron movimientos sociales que buscan reformas en el abordaje a la salud mental, basándose en una conciencia social crítica donde se desnaturaliza la situación vivida en los asilos, cuestionando conceptos como derechos humanos y ciudadanía. Desde la organización sindical (PIT-CNT, SUNCA) se promueve una ley de empleabilidad para personas en situación de discapacidad⁴ (concepto que incluye algunas enfermedades mentales) basada en un sistema de cuotas para el ámbito privado. Los argumentos que se encuentran detrás son: en Uruguay solamente un 16,5 % de la población con discapacidad que se encuentra económicamente activa está empleada, a diferencia de la población sin discapacidad que cuenta con un 53,4% (PIT-CNT et al, 2015).

Otro ejemplo de movimiento social crítico es la Asamblea Instituyente por Salud Mental, desmanicomialización y vida digna⁵; organización de la sociedad civil que luego de varios

representantes de las diferentes sociedades de psiquiatría” (Casarotti, 2015, p.138).

³ Plan con enfoque de derechos, con estrategia de atención primaria de salud y modelo comunitario de atención. Este Plan fue parcialmente implementado, y sólo en el sector público. Pero, desde ese momento, ya destacaba la necesidad de actualización de la normativa. (Cátedras de Salud Mental Facultad de Medicina, 2017)

⁴ “*Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás*” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006,p.2).

⁵ La Asamblea se conforma con la participación de organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios y familiares vinculados al campo de la salud mental. Se denomina

anteproyectos de ley (2007 y 2009) crea en el 2015 un anteproyecto de ley de salud mental como aporte para una futura normativa. Para la creación del mismo, se tomaron elementos del documento “aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay” (julio 2015) presentado por el MSP, la Ley N° 18.806 Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2011) y la Ley Nacional de Salud Mental de Argentina N° 26.657 (2010 – Dec. Reg. 2013), así como otros documentos y normativas internacionales (Anteproyecto de Ley, 2015).

En el mismo año (2015) el Ministerio de Salud Pública (MSP), junto a su programa de salud mental y el de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), convocó a instituciones del mundo académico, de la sociedad civil y partidos con representación parlamentaria con el objetivo de crear una nueva legislación en salud mental que implicara un cambio de paradigma (Presidencia, 2015).

En 2016 el MSP presentó finalmente en el Senado un proyecto de ley producto de los Concejos consultivos donde participaron esos múltiples actores. Ese proyecto de ley recibió media sanción en 2016 y luego de varias modificaciones, fue aprobada totalmente en 2017. Sin embargo, parte de las organizaciones que participaron de la convocatoria están disconformes con el resultado y consideran que en ese proyecto no fueron contemplados los aspectos que respetan el urgente cambio de paradigma que se necesita dentro del marco jurídico, donde el foco de los modelos de atención a la salud mental sean los derechos humanos.⁶

“(...) el proyecto de ley actualmente incumple con las Convenciones y Tratados de las que Uruguay es signatario, habiendo sido observado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), como por el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y que han sido planteados por las organizaciones en el proceso de consulta, durante los años 2015 y 2016” (Comisión Nacional por una ley de salud mental, 2017).

instituyente porque busca “la visibilidad de condiciones de vulneración de Derechos, de producción de violencia institucional y de relaciones de poder.” (Asamblea Instituyente, s.f, p1)

⁶ “Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana. La legislación en materia de derechos humanos obliga a los gobiernos (principalmente) y otros titulares de deberes a hacer ciertas cosas y les impide hacer otras” (Naciones Unidas, 2006, p.1)

Así se llega a la discusión actual, donde tres diferentes documentos proponen modelos de atención diversos: la Ley Psicópatas de 1936 actualmente vigente, el anteproyecto de ley que creó la Asamblea Instituyente por salud mental, desmanicomialización y vida digna como insumo para una nueva normativa en 2015 y el proyecto de ley propuesto por el Ministerio de Salud Pública ante el Senado en 2016. En el siguiente capítulo se descompondrán estos tres documentos legales, siendo sus elementos comparados y fundamentados teóricamente.

Capítulo 2- Posturas frente a la determinación del usuario, características de los tratamientos y órganos rectores

Luego de un recorrido histórico, breve pero imprescindible, surgen cuestionamientos sobre quienes han sido y/o serían los usuarios de los modelos de atención que se plantean. ¿A quiénes van o irían dirigidas las leyes? ¿Quiénes fueron y/o serán prestadores de los servicios? A su vez, se pretende conocer cuáles son las posturas con respecto a los tratamientos que reciben o recibirían las personas amparadas en las leyes; desde las metodologías de atención, profesionales involucrados y establecimientos físicos, hasta el rol con el cual contaría la familia dentro del mismo. Para finalizar el capítulo se analizarán los órganos rectores de los servicios de salud mental que plantean la ley, el proyecto y el anteproyecto de ley.

2.1 Determinaciones y tipificaciones

En la Ley Psicópatas se establece que los elementos planteados en la misma “(...) se aplicarán a todo enfermo de afección mental, cualquiera fuera el lugar en que se tratare” (Artículo 3). El cómo se llama a las personas, manifiesta una forma de ver el mundo. Las denominaciones que se establecen tienen consecuencias sobre las personas involucradas, aún más cuando estas se encuentran amparadas en el marco legal y son utilizadas por instituciones.

Bourdieu (1985) habla de ese carácter performativo que tienen las denominaciones cuando se dan en instituciones reconocidas. El enunciado performativo aparece solo cuando el mismo existe “socio-lógicamente con independencia de la institución que le confiere su razón de ser y que, si a pesar de todo se produjera, socialmente estaría desprovisto de sentido” (Bourdieu, 1985, p.48). Las denominaciones no tienen las mismas consecuencias si son aclamadas por personas o instituciones con falta de autoridad. En ese caso, las palabras no pueden convertirse en acto, son solo palabras, dirá el autor. Un agente singular es quien recibe el mandato para hablar en nombre del grupo, la institución encarna a ese mandatario legítimo, se convierte en un agente capaz de actuar por las palabras sobre el mundo social. “No actúa personalmente en su nombre ni con su propia autoridad” (Bourdieu, 1985, p.49).

“El enunciado performativo encierra “una pretensión exhibida en poseer tal o cual poder”, pretensión más o menos reconocida, y, por tanto, más o menos sancionada socialmente. Esta pretensión de actuar sobre el mundo social a

través de las palabras, es decir, mágicamente, resulta más o menos insensato o razonable según esté más o menos fundada en la objetividad de ese mundo social” (Bourdieu, 1985, p.48).

Bentura (2011) plantea ciertas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad, utilizando autores (Bourdieu; 1985,1993; Hacking, 2005) que afirman que las instituciones generan clasificaciones que inciden en la forma en que las personas se ven así mismas, y que a partir de ello actúan. Dichas clasificaciones permean no solo al individuo sino a la propia perspectiva que la sociedad tiene de ellos.

“Sabemos que el nombre que damos a los grupos humanos tiene, a diferencia del nombre que damos a agrupaciones de cosas, efectos sobre los sujetos clasificados. Cuando clasificamos personas, cuando les atribuimos un diagnóstico, inevitablemente habrá consecuencias para esos sujetos...” (Caponi apud Bentura, 2011 p.47).

Previamente a los diagnósticos médicos pueden existir clasificaciones desde los entornos familiares, pero estos no presentan el mismo efecto. Las clasificaciones deben ser producidas por expertos, con conocimiento reconocido y pertenecientes a una institución (Hacking apud Bentura, 2011). Es decir, que las instituciones con poder simbólico actúan a través de las palabras, y como se mencionó anteriormente, sus consecuencias escapan a las que pueden producir otros actores. Las denominaciones y clasificaciones a este grupo de personas, determinará un perfil que será reconocido por el resto de la población. Si el perfil construido se basa en la inferioridad del grupo con respecto a otro, esas denominaciones devienen en lo que Sánchez llama estigma.

“El estigma es una marca que separa a los individuos en grupos basándose en juicios sociales acerca de la supuesta inferioridad de un grupo con respecto al otro. Esta separación puede ser secundaria a atribuciones religiosas, raciales o por tener una enfermedad mental, dando lugar a respuestas negativas de la sociedad hacia estos pacientes como la exclusión, hecho que potencializa algunos riesgos propios inherentes al trastorno mental” (Sánchez, s.f, p.2).

El individuo así crea una imagen estigmatizada de sí mismo como resultado cultural y acepta estas nociones que conllevan una disminución de su autoestima y autoeficacia. Tomando como referencia los aportes de Corrigan y Watson (2002), el estigma es una mala interpretación del público sobre la enfermedad mental o “estigma público” que lleva a la discriminación y aislamiento de las personas, disminuyendo su oportunidad laboral, social y emocional.

Goffman (1998) conceptualiza el estigma como “una desaprobación social severa de características o creencias personales que son percibidas como contrarias a las normas culturales establecidas. Un atributo profundamente desacreditador en un individuo” (p.29). El autor afirma que existen tres tipos de estigmas, los que tienen que ver con referencias físicas, las que se relacionan con los defectos del carácter de la persona y por último el estigma vinculado a la raza, nación o religión.

“Un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos” (Goffman, 1989, p.15).

Que una ley que intenta regular la atención a un sector de la población posea el nombre de “Psicópatas” y llame a las personas beneficiarias como “enfermos de afección mental” expresa una perspectiva que tiene consecuencias determinadas. Aún más cuando en la Ley se explicita que el servicio cerrado es una internación involuntaria justificada por el estado de peligrosidad o la presencia de manifestaciones antisociales (Artículo 10). Se crea una imagen negativa de ese grupo social y a partir de ahí se determinan los modelos de intervención.

“Creemos, por definición desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante el cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona” (Goffman, 1989, p.15).

El panorama en el proyecto de Ley con sanción completa es diferente al mencionado en la Ley Psicópatas, ya que su objeto es:

“(…) reglamentar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, 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 con trastorno mental” (Proyecto de Ley MSP, 2016, Art 1).

Mientras que la Ley del año 1936 determina límites entre la salud ordinaria y la salud mental, creando hospitales y abordajes diferenciados; el proyecto de ley defiende la idea de salud integral, desde la infraestructura hasta la atención. Se busca reconocer a la persona en su integralidad y singularidad biopsicosocial, así como brindar una atención de las mismas características (sanitaria, social, integral y humanizada). La integralidad se presentaría a su vez, en el marco de las prestaciones: el Ministerio de Salud Pública llevaría a cabo sus programas dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud; buscando garantizar la integralidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona (Artículo 15). Los beneficiarios de los servicios de salud mental no serían únicamente aquellos que cuentan con un diagnóstico psiquiátrico sino que toda la población sería impulsada a promover la salud mental considerando a la misma dentro de la salud general. De todas formas, debe reconocerse que el proyecto de ley continúa llamando personas con “trastornos mentales” a los beneficiarios, y esto también tiene consecuencias en el estigma; ubicando a su vez a la psiquiatría como disciplina hegemónica en su tratamiento. La contradicción radica en plantear “reconocer a la persona de manera integral” (Artículo 3), utilizando la denominación “trastorno mental” que reconoce a la persona desde el déficit y desde la perspectiva biológica-médica. El concepto “trastorno mental” surge del tercer Manual de Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental de la American Psychiatric Association, que lo define como una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin importar la causa (Manual III, 1981). El propio manual expresa la conflictividad acerca de esta conceptualización, a pesar de ello, la asume y la instala como hegemónica para la lectura de las problemáticas en el campo de la salud mental.

El anteproyecto de Ley formulado por la Asamblea Constituyente, por su parte, no toma la

denominación “trastorno mental” sino que llama a las personas como: usuarios de los servicios de atención a la salud mental. “Se considera usuario, a toda persona habitante de la República Oriental del Uruguay, que efectivamente haga uso del Sistema de Salud Mental” (Artículo 6). Se plantea de forma más firme que la ley debería ser para la población en general, así uno de sus principios rectores es “Garantizar la universalidad y la accesibilidad en promoción, prevención, atención, rehabilitación e inclusión social y comunitaria para todas/os los/as habitantes de la República Oriental del Uruguay” (Anteproyecto de Ley, 2015, Art 5).

Silvia Faraone repasa las diferentes nociones y tipificaciones en salud mental: “enfermedad”, “trastorno”, “discapacidad” y “padecimiento” o “sufrimiento”. Admitiendo que todas ellas “acarrear prácticas y políticas diversas, así como disímiles perspectivas referidas a derechos sociales y políticos” (Faraone, 2013, p.37). Llama la atención que ninguna de ellas hace referencia a la denominación utilizada en el anteproyecto de Ley de la Asamblea Instituyente por Salud mental, Desmanicomialización y Vida Digna: “usuarios de los servicios de atención a la salud mental”. ¿Será que no nombrar a la enfermedad la lleva hacia su invisibilización? ¿La generalización puede impedir que se atiendan las especificidades que la persona necesita en su tratamiento? Uriarte y Vallespi (2017) reconocen que la convicción por negar los términos “paciente” y “enfermedad” contribuye a darle menor valor a la necesidad de un tratamiento.

“Palabras como “usuario” (cuando no “personas usuarias”) o “cliente”, llevadas a todos los ámbitos asistenciales, enfatizan la autonomía de las personas afectadas, algo encomiable, pero que no es aplicable en todos los contextos y situaciones clínicas” (Uriarte et al., 2017, p.247).

Los autores admiten que el uso del lenguaje conlleva prejuicios. Pero aseguran que la creencia de que cambiar las palabras cambia las cosas, solo deviene en la utilización de eufemismos. Desde esta postura se cree primordial reconocer la enfermedad y la necesidad de apoyo y cuidado. Y esto no significaría potenciar el estigma sino plantear las bases para afrontar la enfermedad en todos sus ámbitos.

“Por sí mismos, los diagnósticos no son estigmatizantes; lo es el uso que se les da, las actitudes y prejuicios. El estigma asociado a la enfermedad mental no

cesa por utilizar eufemismos o denostar los sistemas diagnósticos actuales (que ya tienen bastante con sus propias debilidades)” (Uriarte et al., 2017, p.248).

En definitiva, se pudo observar que la ley, el proyecto y el anteproyecto de ley eligen formas discursivas diferentes para nombrar a las personas. No se pretendió aquí tomar postura sobre una u otra determinación, sino exponerlas y analizarlas desde diferentes perspectivas. Encontramos una ley que elige llamar a las personas como “psicópatas”, un proyecto de ley del MSP que hace referencia a los “trastornos mentales” y un anteproyecto de ley que prefiere llamar a las personas: “usuarios de los servicios de atención en salud mental”. Mientras los dos primeros son juzgados por ser estigmatizantes, el último es reconocido por ser demasiado general y negar necesidades específicas.

2.2 Características de los tratamientos a la salud mental

En este apartado, se continuará con el análisis pero haciendo hincapié en las diferentes posturas con respecto a los tratamientos en salud mental expresadas en la Ley Psicópatas 9.581, el proyecto de ley del MSP y el anteproyecto de ley de la Asamblea Constituyente.

Por un lado, nos encontramos con un tratamiento con prevalencia médica en la Ley Psicópatas: “Cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad” (Artículo 5). Castel en su gran libro “El orden psiquiátrico” (1980) nos permite entender esa lógica interna de las instituciones dedicadas a la salud mental. El poder otorgado al médico tiene una justificación que radica en su propia ideología. Se considera que el usuario ha perdido la razón y que los pasos a seguir son los que elegiría cualquier persona que no la hubiera perdido. Podemos observar cómo el médico desde su pedestal juzga quien tiene criterio o no para decidir, argumentando que su voz es la de la razón. “La justicia que reinará en el asilo no es la del castigo, sino la de la verdad” (Foucault, 1990, p.77).

“(…) la vuelta a la razón no puede hacerse más que mediante la interiorización por parte del alienado de una voluntad razonable que, en principio, le es ajena porque él no es razonable. Desde ese momento, todo tratamiento es una lucha, una relación de fuerza entre un polo “razón” y otro “sinrazón”” (Castel, 1980, p.99).

Amico (2005) reconoce que la psiquiatría le niega al paciente su discurso. La psiquiatría se apropia de la locura, convirtiéndola en una enfermedad mental, desenraizándola de su contexto. Intenta transformar lo que anteriormente eran establecimientos de reclusión a lugares de cuidado y curación. Esa modificación no logró realizarse en su totalidad y como resultado tenemos a los manicomios. Goffman (1980) definirá a estos como instituciones totales: lugares de residencia y trabajo, donde personas en una situación similar, conviven de forma aislada, compartiendo una rutina bajo la administración formal. En estas instituciones creadas bajo el marco de la Ley Psicópatas el médico es quien cuenta con el poder y Castel lo expresa de la siguiente manera:

“El médico es la ley viviente del manicomio y el manicomio es el mundo construido a imagen de la racionalidad que encarna. El espacio hospitalario multiplica sus poderes y a la inversa, el orden inscrito en las cosas toma vida como un orden moral sostenido por la voluntad del médico” (Castel, 1980, p.99).

Todos los otros profesionales que intervienen en la atención a la salud, son testigos del mandato del psiquiatra, considerando que existe una información que solo él tiene derecho oficial a utilizar en una evaluación general de la persona. “Corroboramos aquí que el rol del psiquiatra entre los servidores es único, a ningún otro ha sido acordado tal poder “(Amico, 2005, p.353). Castel toma a Pinel y así nos permite conocer esa perspectiva, exponiendo argumentos que defienden el poder otorgado al médico. El razonamiento se basa en reconocer los estudios de ese profesional y su gran interés en el éxito del tratamiento. Por esas simples razones el médico “debe ser informado y hacerse juez natural de todo cuanto sucede en un manicomio” (Pinel apud Castel, 1980, p. 104).

El aislamiento se presenta como elemento propio de un tratamiento psiquiátrico y así se expresa en el Artículo 11 de la Ley Psicópatas: “(...) cuando dicha asistencia obligue a la imposición de medidas restrictivas de la libertad, exigidas por la necesidad del tratamiento o por sus reacciones antisociales, deberá comunicar el caso a la Inspección General de Psicópatas (...)”. Amico observa que el establecimiento manicomial pretendía en sus orígenes contener la población improductiva para sostener el sistema, a pesar de que esto significara negar los derechos de esa población y tomar medidas represivas. Realidad respaldada tras la idea de curar al paciente (Amico, 2005).

En el Informe sobre Salud Mental de Uruguay de 1966 se aclara:

“En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a sociedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se cura, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir, ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido” (Ginés, 2003, p.177).

Amico hace un excelente trabajo sistematizando ciertas características de los hospitales psiquiátricos. Se podría traer a la mente hospitales psiquiátricos o centros de salud mental del Uruguay en la actualidad, y seguramente se observen algunos de estos elementos reflejados: los internos tienen sus actividades programadas, cuentan con talleres de trabajo con poca exigencia, a menudo los usuarios sufren crisis de aburrimiento y siempre les son planteadas tareas simples a realizar. Cuando el usuario ingresa al hospital psiquiátrico anula su rol social, debe ser obediente, soportar las humillaciones, ser desposeído de sus posesiones personales, interrogado por los profesionales, exponer muchas veces su vida privada y ser controlado (Amico, 2005).

Todas estas condiciones presentan consecuencias en la vida de las personas. Spitz aporta la definición de hospitalismo o también llamado “institucionalismo psiquiátrico”: conductas que manifiestan usuarios que han vivido un determinado tiempo de sus vidas en instituciones. Esas conductas cuentan con ciertas características como puede ser la falta de iniciativa, la pérdida de la individualización, sumisión, falta de expresión de sentimientos, incapacidad para proyectar un futuro y aceptación resignada de la realidad (Spitz, 1945). Pareciera que la institucionalización de los usuarios de los servicios de salud mental, no favorece los procesos propios de los tratamientos, por el contrario, los sabotea. La estadía en el hospital psiquiátrico tiene efectos demasiado estigmatizantes para que el individuo pueda volver a su entorno anterior de forma exitosa. La alienación constituye un efecto secundario de la hospitalización (Goffman, 1984, p.350). Foucault diría: “Ninguna enfermedad de hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad” (Foucault, 1993, p.120).

Caracterizado ya el tratamiento derivado de la Ley Psicópatas, podemos continuar con el segundo documento. El proyecto de ley de salud mental plantea que las internaciones para las situaciones agudas serían tratadas en unidades especializadas de psiquiatría ubicadas en hospitales generales, y en el caso de niños y adolescentes, en hospitales pediátricos. En el artículo 19 procura que el tratamiento se realice de la mano de un equipo interdisciplinario y en el 17 establece que el ámbito de atención debe ser comunitario orientado al reforzamiento de los lazos sociales. Sin embargo, no sugiere que esa interdisciplinariedad se haga presente en todos los momentos del proceso de atención. Es decir, que los cambios con respecto a la Ley del año 1936, serían parciales. En el momento de decidir si efectuar o no una hospitalización, la interdisciplinariedad no se encontraría; el comienzo del proceso de atención, estaría en manos únicamente del médico. En el artículo 27, referido a las hospitalizaciones voluntarias, se exhibe que solo se requiere la firma de un médico y para las hospitalizaciones involuntarias la de dos médicos.

El anteproyecto de ley, por su parte, en su Artículo 23 plantea los principios de la internación, donde son encontradas ciertas diferencias. En las internaciones siempre será necesaria la valoración de un equipo profesional interdisciplinario.

“(…) constando en la historia clínica la firma de al menos dos profesionales de distintas disciplinas. Uno de los cuales debe ser necesariamente Médico Psiquiatra y otro no médico, los cuales no deben tener relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona” (Anteproyecto de Ley, 2015, Art 23).

En síntesis comparativa, en el capítulo IV de la Ley Psicópatas se plantea la reglamentación de la admisión del enfermo al establecimiento (pudiendo ser el ingreso por propia voluntad, por indicación médica, o por disposición judicial o policial) y en el capítulo V se normativiza la salida del mismo. No se detallan las características del tratamiento, sus condiciones, límites temporales, etc. El proyecto de ley del MSP determina que la hospitalización es un recurso restrictivo que debe llevarse a cabo sólo cuando ninguna de las otras intervenciones realizables proporcione mayores beneficios. Esa hospitalización será excepcional, breve, abordada interdisciplinariamente, en un hospital o sanatorio general, especialmente para situaciones agudas; donde se aspirará al mantenimiento de vínculos familiares y el resto del entorno social (Artículo 24). Lo que marca la diferencia sustancialmente en el anteproyecto

de ley de la Asamblea Constituyente, es que se establece una fecha tope para el cierre de las Instituciones Asilares y Monovalentes en todo el territorio nacional, específicamente para el año 2020. "Con esta meta, se deberán adecuar y asignar recursos humanos y financieros tendientes a la construcción de alternativas de inclusión residencial y comunitaria" (Anteproyecto de Ley, 2015, Art 14).

"La internación domiciliaria o las internaciones breves en hospitales generales, la atención y el seguimiento comunitario se proponen como dispositivos adecuados que posibilitan la superación de crisis agudas sin atentar contra la vinculación socio-familiar, sin someter a las persona a la vivencia de situaciones indignas en grandes manicomios, generando un síndrome de hospitalismo que conlleva la adaptación pasiva a la institucionalización asilar" (Amico, 2005, p.93).

Sartre diría que el campo de los posibles, las posibilidades de transformación y superación del ser, en este caso, de los beneficiarios de los servicios de salud mental, estará determinado por el momento histórico, el espacio social y la estructura social, así como también por las ideologías y políticas impuestas (Sartre, 1970). Es decir, que las posibilidades de acción de las personas beneficiarias dependen, entre otras cosas, del modelo de atención que se proponga desde el Estado. Si la estructura del tratamiento se basa en el aislamiento, la estigmatización y el hospitalismo, el campo de los posibles de los usuarios será limitado y pequeño. En cambio, Sartre dirá que la pertenencia a un colectivo genera en la existencia concreta posibilidades de actuar, transformar y superar ese campo. Esa pertenencia sería posible en los modelos alternativos contemporáneos. "El campo de lo posible es así el fin hacia el cual supera el agente su situación objetiva" (Sastre, 1970, p.79).

Para finalizar este apartado, debemos cuestionarnos qué lugares ocuparían las familias dentro de estas propuestas de tratamiento. Existen diversas posturas teóricas con respecto al rol de la familia en la salud mental, se intentará exponerlas a continuación para luego utilizar esos recursos y comprender los modelos de atención presentes en los documentos legales.

Históricamente se ha individualizado el tratamiento a la enfermedad mental, desvinculando al usuario de su familia. Lo que Mito (1997) llamaría un proceso de atención con perspectiva de usuario-problema, apelando a una lectura limitada de las demandas. "La lectura que se

hace de la familia en esta situación es la de auxiliar o “diagnóstico” y el “tratamiento” del individuo. Por eso, ella tiende a ser parcial y localizada” (Mito, 1997, p.123). De esa lectura fragmentada, se deriva una intervención fragmentada, dice la autora.

A finales de los setenta surge el “movimiento antipsiquiátrico” en Europa, colectivo de médicos psiquiatras que critican la psiquiatría médica proponiendo una psiquiatría alternativa social y comunitaria. En general, plantean la enfermedad como un fenómeno de origen relacional y no biológico. A partir de esta hipótesis la colectividad concluye que “si la patología tiene su origen en el contexto familiar y comunitario, es allí donde debe producirse la terapia, y no en un contexto hospitalario” (Martin, 2009, p.297).

Napier y Whitaker (1982) en su texto explican cómo fue que en lo psiquiátrico se empezó a poner el foco en la familia del paciente, muchas veces buscando ahí la explicación de la enfermedad. Observando cómo las interacciones entre miembros de la familia, tenía efectos en los pacientes, depositando en ellos los conflictos. Se pasó del estudio centrado en el individuo, al estudio de un conjunto de relaciones que parecían estar influyendo en el sujeto. Los autores señalan que se comenzó a mirar diferente a la familia, conceptualizándola como un sistema al cual hay que comprender para hacer frente al poder que posee. El argumento radica en creer que el integrar a la familia en el abordaje supone una nueva mirada hacia ella, como totalidad y sistema. Bertalanffy (1976) dirá que un sistema es un conjunto de objetos unidos por alguna forma de interacción o interdependencia. Las relaciones entre las partes y el comportamiento del todo pasan a ser el foco de atención. El autor reconoce, que la totalidad es diferente a la suma de las partes, es decir, que la familia como un todo es diferente a la suma de individuos. En su interdependencia crean algo diferente a lo que harían de forma individual. “La locura no está en una persona, sino en un sistema de relaciones del cual forma parte esto que llamamos paciente” (Pavlovsky apud Chape 2015, p.9).

Existen diferentes críticas a estas posturas con respecto al rol que cumple la familia en la salud mental. Muchos autores creen que estas teorías responsabilizan a las familias dejando afuera las determinaciones sociales y biológicas.

“Esa perspectiva de culpabilizar a la familia, va a influenciar muchos abordajes familiares; en vez de ayudar, solo sirve para intensificar el sufrimiento de lidiar con un miembro enfermo y la responsabilidad por el cuidado que, por sí solo, ya es causante de estrés en el medio familiar” (Melman, 1998, p.50).

Amico reconoce que existe suficiente información que avala la predisposición biológica a las enfermedades mentales, resultando perjudicial culpabilizar a las familias. Sin embargo, coincide en que el papel de la familia es fundamental para iniciar un proceso de rehabilitación y que el abordaje no debe encontrarse guiado solo hacia el individuo sino hacia todo el grupo familiar. La familia y el hospital se necesitan mutuamente, para un proceso evolutivo parece clave una alianza entre ambos.

Este breve repaso sobre algunas de las posturas más desarrolladas con respecto a la familia en la salud mental, permitirá interpretar los paradigmas presentes detrás de los documentos legales. En la ley del año 1936, se establece en el artículo 2 que las familias son quienes deben hacerse cargo de la asistencia, y solo cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública.

“Artículo 9º: La asistencia oficial de psicópatas se hará de acuerdo con el sistema siguiente:

<i>A</i>	<i>Por dispensarios psiquiátricos.</i>
<i>B</i>	<i>Por hospitales psiquiátricos.</i>
<i>C</i>	<i>Por asilos, colonia y servicios especializados.</i>
<i>D</i>	<i>Por la asistencia familiar.”</i>

Fuente: Ley Psicópatas 9.581

Aquí se está asumiendo que la familia, de acuerdo a sus posibilidades, debe hacerse cargo de la persona que padece la enfermedad mental. Pero la hospitalización que caracteriza al paradigma de la Ley Psicópatas, reconoce que una vez que la atención del paciente pasa a manos de los profesionales, el tratamiento se vuelve individualizado. Es decir, que una vez que la familia es categorizada como incapaz de responsabilizarse de la asistencia, la persona pasa a ser atendida por profesionales que llevan a cabo técnicas aisladoras. Lo que Miotto reconocía como una lectura fragmentada de la realidad.

El proyecto de Ley del MSP presentado en el Senado contiene características diferentes, expresando otra postura con respecto al papel de la familia en el tratamiento. En su articulado determina que se debe promover la integración tanto familiar como laboral y comunitaria

durante el proceso. La persona beneficiaria de los servicios de salud mental tiene derecho a estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona elija. Se pretende que durante la hospitalización la persona mantenga los vínculos, salvo en aquellos casos en los que el equipo de salud lo indique por motivos justificados.

No se logra percibir en sus artículos una culpabilización de la familia como causante de la enfermedad (argumento defendido por el movimiento antipsiquiátrico) y tampoco el tratamiento va dirigido a la familia como totalidad a diferencia de las teorías sistémicas. Sino que se posiciona a la familia como actor determinante en el proceso de rehabilitación, reconociendo su relevancia en el “acompañamiento”. Es decir que el tratamiento se direcciona específicamente al individuo pero no lo aísla ni lo descontextualiza.

El anteproyecto de ley presenta características similares al proyecto presentado en el senado ya que pretende que los usuarios, incluso en las internaciones, mantengan vínculo con sus familiares y allegados. Lo que marca una distinción, es que las familias poseen derechos concretamente explícitos: “derecho de las familias a ser acompañadas, accediendo al más alto nivel de atención interdisciplinaria en salud mental y el acceso a programas de apoyo de intervención psicosocial y familiar” (Anteproyecto de Ley, 2015, Art 8). Las familias también recibirían una atención psicosocial y por ende se verían más involucradas. Si bien las mismas no son tomadas como sistemas, es evidente que su papel es más participativo. Este anteproyecto evidencia un contenido más social pero no pareciera responsabilizar a la familia por la enfermedad, sino que pretende atenderlas y contenerlas durante el proceso de rehabilitación.

Los resultados de un estudio efectuado por Estevam, Marcon, Antonio, Bouttelet y Pagliarini justifican de alguna forma la argumentación del anteproyecto de ley. El estudio “Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre la atenção básica” (2011) se llevó a cabo realizando entrevistas y observaciones a familias en sus respectivos domicilios. Se llegó a opiniones de familiares en las cuales se expresaba que la asistencia prestada por los profesionales de la salud, generalmente, está enfocada de forma directa a la persona que padece el trastorno mental, sin incluirlas. La reflexión de los autores afirma que la familia debe ser considerada como usuaria de los servicios, ya que la misma no solo es un recurso terapéutico sino que necesita un acompañamiento en el proceso (Estevam, 2011).

“As falas dos familiares aqui apresentadas relatam claramente as dificuldades encontradas no convívio diário com o portador dentro de casa e o sofrimento dessa convivência. Desta forma, é necessário que o cuidador seja foco de atenção dos profissionais do serviço de saúde tanto quanto o portador de transtorno, e que se estabeleça um serviço capaz de satisfazer às reais necessidades da família, como unidade de cuidado” (Estevam et al., 2011, p. 685-686).

Por último, vale nombrar otro elemento que lleva aún más allá al anteproyecto de ley presentado por la sociedad civil; el mismo pretende que el Estado promueva la participación de organizaciones de usuarios y de familiares en el diseño, implementación y monitoreo de las políticas públicas en salud mental (Anteproyecto de Ley, 2015, Art 9).

Se ha indagado en este apartado en las particularidades de los tratamientos que se desprenden o desprenderían de cada ley, proyecto y anteproyecto, con respecto al peso que tendría el saber médico o la interdisciplina, las técnicas de rehabilitación que se utilizarían y el rol que ocuparía la familia. Se logró caracterizar brevemente a cada uno, determinando similitudes y diferencias. Pero a continuación, la última sección del capítulo permitirá tomar en cuenta otros fenómenos que influyen en la realidad de los tratamientos en salud mental.

2.3 Órganos Rectores

En este apartado, se presentarán y luego analizarán los organismos que se crearon o se pretenden crear bajo el marco de la Ley Psicópatas 9.851, el proyecto de ley presentado por el MSP y el anteproyecto de ley de la Asamblea Instituyente; reconociendo la relevancia de los órganos rectores en la garantía de lo determinado en cada documento.

La Ley 9.581 del 8 de agosto de 1936, fue una ley avanzada para su momento histórico; ya que creó dos órganos novedosos para la época: la Inspección General de la Asistencia a los Psicópatas encargada, entre otras cosas, de inspeccionar y vigilar la asistencia oficial y particular de los psicópatas de todo el país y de llevar un Registro General de Psicópatas (Artículos 38 y 41) y la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia a Psicópatas, órgano colegiado técnico psiquiátrico y legal, que cuenta con la finalidad intervenir y dar iniciativa en las internaciones y asistencias señaladas por el Inspector General (Artículos 43 y 44). Ambos organismos son dependientes del Ministerio de Salud Pública. “(...) el que le provee

personal y los elementos que requiere para el regular cumplimiento de sus cometidos” (Ley del Psicópata 1936, Art 45). En ningún momento se expresa el interés en proteger los derechos humanos de las personas, elemento que sería clave en los modelos propuestos actualmente, pero sin embargo parecería haber preocupación por ofrecer un buen servicio. Los aspectos de rehabilitación de los pacientes después de su reclusión fueron dejados de lado y son objeto de una ley posterior que creó al Patronato del Psicópata.⁷

Por otro lado, el proyecto de ley presentado por el MSP, cataloga a ese mismo organismo como autoridad rectora que tiene el deber de asegurar que la salud mental cuente con un abordaje propio de las políticas y programas nacionales. “Es competencia indelegable el contralor de su efectiva aplicación en el sistema” (Proyecto de Ley MSP, 2016, p.40). Pero con la intención de ampliar el control, se propone crear un órgano plural y calificado cuya mera tarea sea supervisar las condiciones en las cuales se realiza el proceso asistencial. Ese órgano se encontraría dentro de la autoridad sanitaria, contando con un grado de descentralización, garantizando así una eficacia y eficiencia superior.

Esa Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, estaría integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública (quienes presidirán), representantes de las Facultades de Medicina, Psicología y Derecho de la Universidad de la República, trabajadores, usuarios y familiares de los servicios de atención en Salud Mental. Todos los integrantes serían designados por el Poder Ejecutivo y la duración de su mandato sería de dos años (Artículos 41 y 43).

Las votaciones internas necesitarán un quórum de cinco personas y en caso de haber empate el voto del presidente vale doble. Para trabajar en la totalidad del territorio Nacional, este proyecto plantea el trabajo en conjunto con las Direcciones Departamentales de Salud.

Son catorce los cometidos, con los cuales contaría la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental: controlar en todo el territorio nacional el cumplimiento de la ley, supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas, controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más de lo previsto, inspeccionar establecimientos públicos y privados, requerir intervención judicial en el caso de que las condiciones no se ajusten a lo reglamentado en la ley, hacer recomendaciones al MSP,

⁷ La Ley 11.139 crea en el año 1949 al Patronato del Psicópata. La principal finalidad de este órgano es : “Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia -hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, sin no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos” (Ley N° 11.139, 1949, Artículo 1).

participar en discusiones sobre la temática, y otras más.

El anteproyecto creado por la sociedad civil plantea la creación de una institución que sea parte del Poder Legislativo y actúe de manera independiente para la protección, promoción y defensa de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de atención a la salud mental. Sus resoluciones tendrían efecto de recomendaciones y no podrán modificar ni anular actos administrativos o jurisdiccionales.

En el Artículo 32 se establece la autonomía con la cual debe contar esta institución: “El Órgano de Revisión no estará sujeto a jerarquía y determinará su forma de funcionamiento, no pudiendo recibir instrucciones ni órdenes de ninguna autoridad” (Anteproyecto de Ley, 2015, Art 32).

Si se habla de conformación interna, se debe mencionar que el órgano de revisión, contaría con un Consejo Directivo que tendría a su cargo la dirección y representación del mismo. El Consejo Directivo será designado por la Asamblea General, en reunión conjunta de ambas Cámaras, requiriendo el voto conforme de los tres quintos de sus componentes. Será integrado por tres miembros que deberán contar con una reconocida trayectoria en el área: un abogado, un profesional de la salud y una persona que represente los intereses de la comunidad, familiares y usuarios. Las reuniones se efectuarán de forma periódica, contando por lo menos con una instancia mensual. Podrá reunirse en forma extraordinaria, a pedido de cualquiera de sus integrantes (Artículo 37).

El Órgano Revisor contará con una Secretaría Administrativa y un equipo técnico para asegurar el funcionamiento permanente del organismo. La duración del mandato de los integrantes del Órgano de Revisión será de 4 años, pudiendo ser reelectos por una sola vez.

Son diecisiete las funciones del órgano de revisión que se explicitan en el anteproyecto de ley. Entre ellas, se encuentran: supervisar el cumplimiento en todo el territorio nacional de la presente ley; recibir y revisar periódicamente copia de informes de incidentes inusuales y de muertes ocurridas en instituciones de salud mental; evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo legal establecido en esta ley, ser oído preceptivamente en instancias de discusión acerca de la legislación y políticas en materia de Salud Mental; requerir la intervención judicial de la Defensa Pública o de otros organismos de protección de derechos ante situaciones de violaciones a los derechos humanos de usuarios del Sistema de salud mental; elevar un informe anual al Parlamento que dé cuenta la situación de los derechos humanos en el ámbito

de la salud mental en el país, etc.

Las facultades detalladas en el anteproyecto son ocho. Se expresa que el Órgano de Revisión puede recomendar a las autoridades la adopción de medidas contra instituciones que no cumplan con lo previsto en la ley (incluyendo la clausura). Tiene la facultad además de ingresar e inspeccionar cualquier establecimiento ya sea público o privado, sin autorización previa. Puede pedir informes, examinar expedientes, archivos, presentar denuncias penales, etc (Artículo 38).

Ya presentados los órganos, se procederá a analizarlos rápidamente. En la Ley Psicópatas es particular la tardía creación de los órganos en su concreción, ya que si bien la ley en 1936 establecía la existencia de la Inspección General del Psicópata y la Comisión Honoraria, estos recién fueron instituidos 52 años después. Es decir, que si bien reconocimos lo avanzada que era la ley para su época, se demostró que en lo concreto los fenómenos llevaron más tiempo.

El proyecto de ley propuesto por el Ministerio de Salud Pública defiende la creación de un órgano rector dentro de sí mismo y en su conformación interna el representante del MSP es quien preside y quien cuenta con voto doble en caso de empate. Esa parece ser la diferencia con el anteproyecto presentado por la Asamblea Constituyente por Salud mental, desmanicomialización y vida digna ya que el órgano de revisión que plantean sería independiente y autónomo desde su competitividad hasta su financiamiento. El argumento desde esta postura radica en asumir que el MSP es el Estado y por ende tiene la función de garante de los derechos y de que se cumpla la legislación vigente en materia de salud. Si el órgano de revisión se encuentra dentro del MSP, el Estado sería juez y parte en la supervisión de sus funciones. Pero, desde la otra perspectiva, se afirma que es la función del Ministerio de Salud Pública ejercer la Rectoría de la salud y que sería bastante carente de sentido crear otro órgano cuando el Uruguay ya cuenta con uno que se dedica a ello.

En definitiva, la importancia de este apartado consiste en que es esta una de las principales discusiones entre los diversos paradigmas, ya que los órganos rectores serán quienes garanticen lo determinado en la ley. Sus diferentes características, marcos de funcionamiento, dependencias, facultades y conformaciones, podrían determinar la calidad de los servicios brindados a los uruguayos, amparando o no la concreción de sus derechos.

En el siguiente y último capítulo se intentará estudiar la vida cotidiana de las personas que son o serían beneficiarias de los servicios amparados dentro de estos documentos legales. Como ya se ha mencionado, el cómo se llama a las personas tiene consecuencias en la vida diaria y ni mencionar las circunstancias en las cuales es tratada su enfermedad. A continuación se pretende complementar esa conformación de la vida cotidiana incluyendo otros conceptos que la enriquecen.

Capítulo 3 -Conformación de la vida cotidiana de los usuarios

Con el objetivo de completar el análisis hasta ahora desarrollado, en este capítulo se toman algunos de los fenómenos que conforman (además de los ya nombrados) la vida concreta y particular de los usuarios y sus familias; ya que es allí donde el individuo participa en todos sus aspectos. La vida cotidiana es la sustancia social dirá Agnes Heller (1972) y aquí se pretende caracterizarla.

Berdía (2009) afirma que las sociedades poseen una cotidianeidad que se diferencia en cada momento histórico. Lo cotidiano es donde el individuo realiza su vida, es el espacio donde se expresa la interrelación entre lo económico, lo social y la vida humana. Así es como los modelos de atención que se están estudiando, productos de un momento histórico, generan una cotidianidad diferente tanto para los usuarios como para el resto de la población. Agnes Heller (1972) identifica dos características primordiales, la vida cotidiana es heterogénea y jerárquica. Heterogénea desde el contenido y significación de nuestros tipos de actividad y por otro lado jerárquica, pudiendo ésta ser modificada de modo específico según las diferentes estructuras económico-sociales. Es decir, que dependiendo del momento histórico, existirá un elemento que dominará en esa jerarquía.

La autora afirma que para ser un adulto, uno debe ser capaz de vivir por sí mismo en su cotidianidad, ya que en la maduración, el individuo se hace de las habilidades imprescindibles para ello. Si vinculamos esto con nuestro tema de estudio, los usuarios de los centros de salud mental se volverían adultos y así manipuladores de las habilidades necesarias para la vida cotidiana cuando sean capaces de salir del grupo de taller propio de los centros de rehabilitación e insertarse en la sociedad, conociendo las formas de conducta socialmente “adecuadas”.

El hecho de contar con un nuevo modelo de atención a la salud mental, donde se destaque el contenido integral e interdisciplinario; donde los usuarios ya no se encuentren aislados y sobremedicados, sino que tengan poder de decisión y cuenten con el acompañamiento de sus familiares en el tratamiento; donde se legitimen derechos como el trabajo, la vivienda y la autonomía; tiene consecuencias en la vida cotidiana de los individuos. Los factores que la jerarquizarían cambiarían, los espacios donde la misma se desarrollaría serían otros y los vínculos aparecerían como posibles y necesarios.

Para guiar el capítulo se tomarán tres ejes de análisis de la vida cotidiana: trabajo, vivienda y educación; y se observará qué propone cada documento legal con respecto a ellos.

3.1 Trabajo

Castel (1997) plantea que la relación con el trabajo (o la ausencia del mismo) representa un factor determinante para ubicar a las personas en lo social. Destaca la existencia de: “(...) una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que "cubren" a un individuo ante los riesgos de la existencia” (Castel, 1997, p.13).

Saavedra (2010) también destaca la relevancia del trabajo, determinando que la dimensión laboral es fundamental en la recuperación del usuario:

“En la cultura occidental, el trabajo es altamente evaluado y es considerado una fuerza socialmente integradora. Sin embargo, la gran mayoría de las personas con enfermedad mental son excluidas del mundo laboral. El empleo puede servir como un elemento normalizador para individuos estigmatizados por su enfermedad mental que están desempleados y han perdido los roles correspondientes” (Saavedra, 2010, p.133).

El trabajo le brindaría a los usuarios, afirma el autor, una estructura diaria y un espacio donde desarrollar redes sociales. Saavedra toma a otros autores (Lysaker y France 1999) quienes remarcan el valor del rol laboral en la construcción de una “identidad coherente y socialmente aceptada” (Saavedra, 2010, p.134). Vale sumar al análisis, el rol consumidor que otorga la existencia de un ingreso, rol imprescindible en la sociedad capitalista. “Una persona sin una mínima capacidad de consumo no puede integrarse socialmente. El consumo es una de las dimensiones más importantes y definidoras de nuestra sociedad” (Saavedra, 2010, p.134).

El trabajo formal implica una explícita constitución como ciudadano pleno de derechos, elemento que colabora a que los usuarios se asimilen como tales. El trabajo se presenta como elemento integrador en la sociedad, sin embargo, la Ley Psicópatas no hace referencia a ello en ninguna parte. No establece la promoción del mismo como derecho así como tampoco la incapacidad de los usuarios para llevarlo a cabo. La omisión por parte de la ley, se puede interpretar de dos maneras: como que el “psicópata” no se encuentra en condiciones de trabajar o por el contrario que puede insertarse fácilmente al mercado laboral como cualquier

otra persona. Ambas interpretaciones partirían de una negación, se ha demostrado que los usuarios contando con una rehabilitación adecuada y apoyo pueden llevar a cabo las tareas propias de un empleo, y a su vez también se sabe que las personas que cuentan con alguna enfermedad mental no tienen las mismas oportunidades laborales que el resto de la población. Para fundamentarlo, se tomarán datos de la Comisión de Legislación del trabajo que si bien hacen referencia a la discapacidad en su totalidad, dentro de la misma, tiene en cuenta algunas de las enfermedades mentales. Esto nos permitirá tener una idea de la realidad de la enfermedad mental en el mercado laboral.

“La desocupación en la población en situación de discapacidad es diez veces mayor que en el resto de la población; se estima que un 80% de las personas en situación de discapacidad se encuentran desempleadas cuando el promedio nacional es de un 8%.” (Comisión de Legislación del Trabajo, 2015, p.1).

La Organización Mundial de la Salud (2011) en el informe mundial sobre la discapacidad (incluyendo la enfermedad mental) reconoce que existen obstáculos que impiden a estas personas ejercer sus derechos y participar en las actividades típicas de la sociedad, como lo es el empleo. Ante esto, reconoce que es deber de los Estados tomar medidas. La Ley Psicópatas expresa la falta de medidas por parte del Estado Uruguayo ante los obstáculos que encuentran los “psicópatas” a la hora de pretender integrarse al mercado de trabajo.

Desde otra perspectiva, el proyecto de ley presentado ante el senado determina la existencia de políticas de trabajo para las personas con trastorno mental, precisando que las mismas deben ser ajustadas al perfil y posibilidad de sostenibilidad de la persona. Además se promoverían cursos específicos con certificación válida en el mercado laboral abierto y talleres de sensibilización para los empleos con apoyo y trabajo protegido (Artículo 12). Para lograr comprender lo propuesto, se deberá incorporar el concepto de empleo con apoyo. Según la Asociación Española de Empleo con Apoyo, el mismo se basa en un sistema individualizado donde se brinda la ayuda necesaria para que en algún momento de su vida la persona pueda desarrollar por sí misma una actividad laboral. Ese trabajo debe ser parte del mercado abierto ya que su objetivo es promover la inserción social de las personas, garantizando más autonomía e independencia (Asociación Española de Empleo con Apoyo, 2017). Ziccardi (2001) admite que la única forma en la cual el derecho al trabajo se puede hacer factible es a través de la intervención del Estado en el mercado. Es decir, que la

intervención del Estado debe estar guiada hacia la inclusión en el mercado de trabajo abierto. Solo en consideradas excepciones se deben formular empleos protegidos o reservados, aspirando siempre hacia un futuro empleo en el mercado de trabajo.

Por su parte, el anteproyecto de ley, toma en su artículo 28 el concepto de “trabajo digno”. Plantea promover políticas y legislación específica para la inclusión laboral de las personas, en las diferentes formas de organización del trabajo: emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo, etc.

Se puede observar la similitud entre el proyecto y el anteproyecto, donde se manifiesta la necesidad de empleos que se ajusten al perfil del usuario. Se da a entender que esta población no se ajusta al perfil de trabajador que el mercado laboral busca. Duhau (2001) reconoce que los recursos públicos destinados al bienestar deben concentrarse en cubrir las necesidades de quienes no están en condiciones de satisfacerlas por sí mismos. Algunos de los principios que él plantea para ello son: focalización y equidad. Vuskovic en la monografía final de Adrián Arias (2004) desarrolla el concepto de focalización, como una de las transformaciones en las políticas sociales dentro de la estrategia neoliberal: “identificar los grupos sociales afectados por carencias extremas y de dirigir exclusivamente hacia ellos algunas acciones que buscan atenuarlas” (Vuskovic apud Arias, 2004, p.30). Para CEPAL, focalizar es “identificar con la mayor precisión posible a la población objetivo y diseñar el programa teniendo en cuenta tales características, con lo que se concentran los recursos en un número limitado de personas buscando elevar el impacto per cápita” (CEPAL apud Baraibar, 2005 p.161). En este caso, la población objetivo de las políticas serían los usuarios de los servicios de atención a la salud mental. Los programas no estarían centrados necesariamente en la extrema pobreza pero sí en una población que se encuentra atravesada por desigualdad de oportunidades.

Brevemente, se estudió el concepto de trabajo dentro de cada documento legal; considerando que ello determina o determinará el acceso al empleo de esta población, la integración o no a la sociedad y por ende, su conformación como ciudadanos en la sociedad actual. Evidentemente, la estructura de la vida cotidiana de alguien que cuenta con un ingreso fijo, un nivel de autonomía y redes sociales, no será igual a la de alguien que depende de sus familiares cercanos y/o de una pensión brindada por el Estado, y que a su vez, no cuenta con vínculos sólidos más allá de los encontrados en los centros de atención a la salud mental.

3.2 Vivienda

La vivienda es reconocida también como elemento constructor de la vida cotidiana. Terra en su artículo admite que el acceso a la misma, la apropiación de un espacio físico urbano, contribuye al logro de niveles dignos de calidad de vida. “el hábitat como asunto sociopolítico no reductible a dimensiones técnicas o económicas” (Terra, 2015, p.146). La autora reconoce la relevancia de la significación de la vivienda “para realización de derechos ligados a la igualdad y a la ciudadanía” (Terra, 2015, p.146). Así es como la política habitacional es parte de un conjunto de factores que garantizan o niegan derechos y la formación de ciudadanos iguales.

Noemí Moreira (2014) expresa que la vivienda es una necesidad básica en la producción y reproducción de la vida cotidiana de los sujetos. Al ser el acceso a la vivienda un derecho reconocido en la Constitución de la República, es el Estado quien cuenta con la mayor responsabilidad de garantizarlo. El mercado no contempla la satisfacción de las necesidades de todos los ciudadanos. La vivienda considerada como una mercancía esconde el derecho de acceso de todos los sujetos. La autora propone que para todo análisis sobre acceso a la vivienda, se tengan en cuenta tres conceptualizaciones que permitirán contextualizar y ubicar a la temática en la totalidad de las relaciones sociales:

“(…) la institución propiedad privada como barrera para el acceso de bienes y servicios por parte de todos los integrantes de la sociedad en igualdad de posibilidades, el Estado obrando como mediador de la contradicción capital - trabajo a través de las políticas públicas y la concepción de cuestión social que dirige el diseño e implementación de las ciudades políticas“(Moreira, 2014, p.6).

Se pretende, brevemente, desarrollar las conceptualizaciones brindadas por Moreira. Para ello se toma el concepto de cuestión social:

“La ‘cuestión social’ no es otra cosa que expresiones del proceso de desarrollo de la clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad, exigiendo su reconocimiento como clase por parte del empresariado y del Estado. Es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir otros tipos de

intervención, más allá de la caridad y la represión” (Iamamoto, 1997, p91-92).

Esos otros tipos de intervención a los que hace referencia Iamamoto, se expresan en forma de políticas sociales. A través de las cuales, el Estado pasa a administrar las “secuelas” de la “cuestión social”. Pastorini (1999) dirá que las políticas sociales no se dirigen al problema en su estructura o raíz sino que atienden manifestaciones particulares, como es en el caso de nuestro análisis: la vivienda. En esa intervención individual se fragmentan las demandas sociales minimizando todo lo que signifique una amenaza para el orden establecido (Pastorini, 1999).

Con estos recursos conceptuales, se procederá al análisis. La Ley Psicópatas omite regulación con respecto al acceso a la vivienda por parte de los llamados “psicópatas”. Aquí el Estado no funciona como mediador y carece de una concepción de cuestión social que guíe su accionar. La falta de regulación en esta área genera incertidumbre al punto tal de que los usuarios muchas veces egresan de los Hospitales Psiquiátricos sin contar con una alternativa en el afuera. Incluso las condiciones habitacionales dentro de los mismos no son las mejores. En el “Informe sobre Salud Mental en Uruguay” de 1966 creado por un consultor de la Organización Mundial de la Salud se describe al Hospital Vilardebó de la siguiente manera:

“El día de nuestra visita se alojaban en el hospital cerca de 1.800 enfermos. Este hecho explica que en estas circunstancias resulta difícil describir estructuras terapéuticas. Las camas han ido ocupando progresivamente la totalidad del espacio disponible en los dormitorios, luego las salas de reuniones, y por último, los patios, someramente cubiertos. De noche se añaden colchones para que los enfermos supernumerarios tengan donde dormir. Las condiciones de higiene son desfavorables, especialmente en el sótano donde la falta de luz y ventilación y la persistencia de su condición estigmatizante hacen que las condiciones de vida sean muy penosas, tanto para los pacientes como para el personal” (Ginés, 2003, p. 177).

Por el contrario, el proyecto de ley del Ministerio de Salud Pública, no omite postura ante la temática de vivienda y dedica su artículo 13 a determinar el acceso a la misma. Se profundizaría dentro del Plan Nacional de Vivienda el apoyo a personas con trastornos mentales con la intención de aumentar su autonomía, garantizando que en la asignación de viviendas no se presente segregación geográfica.

“ a) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos habitacionales que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía.

b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

c) Promoción de la creación de cooperativas de vivienda que integren personas con trastorno mental” (Proyecto de Ley MSP, 2016, Art 13).

Se percibe una concepción de la cuestión social, donde se reconoce como problema la falta de acceso a la vivienda por parte de las personas con trastornos mentales. Ante este reconocimiento el Estado decide intervenir, profundizando los planes ya existentes específicamente para personas con bajos recursos.

En el anteproyecto de ley de la Asamblea Constituyente, el Estado también decide intervenir ante un problema. La diferencia es que no solo plantea un mayor desarrollo dentro del Sistema Nacional de Vivienda, sino que manifiesta la necesidad de priorizar a las personas usuarias de los servicios de salud mental, para su inclusión social, autonomía y calidad de vida; contemplando la mayor cantidad de alternativas posibles: residencia asistida, cooperativa de vivienda, apartamentos y casas compartidas. Al igual que en el proyecto de ley, aquí se prevendrá la segregación geográfica (Artículo 29).

Filgueira expone que descentralizar y focalizar supone redistribuir recursos de poder y beneficios materiales concretos, en este caso, vivienda. Así es como él lo caracteriza como algo político y distributivo. De todas formas, se puede reconocer que esa “priorización” a las personas usuarias de los servicios de atención a la salud mental conlleva ciertos riesgos. Baraibar (2003) habla sobre la posible estigmatización y segregación al definir poblaciones homogéneas entre si y diversas con el resto. Astete y Vaccari (2017) pueden complementar lo planteado con su concepto de subjetividad agradecida. El mismo hace referencia al agradecimiento por haber sido seleccionado dentro de un conjunto de situaciones no demasiado diferentes. Las características de esta subjetividad son la dependencia y el individualismo; dependiente de quien seleccione, es decir, el Estado. El acceso a la vivienda no aparecería como un derecho sino como un acto de caridad. Las personas así se convierten

en sujetos pasivos, reproduciendo su condición de excluidos. Los autores aclaran que si en algún momento se promueve la participación social siempre se hace de forma limitada, atendiendo las situaciones individuales y no las causas profundas de esos problemas sociales.

En pocas palabras, contamos con una Ley que no especifica nada sobre el acceso a la vivienda y por otro lado, observamos un proyecto y un anteproyecto que pretenden profundizar el apoyo y priorizar a esta población por sobre otra dentro de los planes y programas de vivienda. Esta última perspectiva reconoce la desigualdad de oportunidades a la hora de acceder a la propiedad privada, y sobre esta manifestación de la cuestión social, el Estado interviene a través de las políticas habitacionales. Claramente sería ideal que el acceso a este derecho básico se garantizara para todos y que no fuera necesario “priorizar” o seleccionar a los beneficiarios, contribuyendo al estigma; pero qué más queda por hacer cuando la bases del sistema se estructuran de esa manera. La solución brindada por el proyecto de ley del MSP y el anteproyecto de ley de la Asamblea Constituyente es parcial porque la intervención del Estado actualmente es parcial.

3.3 Educación

A la hora de construir la vida cotidiana, es clave el nivel de autonomía; y la educación formal cuenta con un papel primordial dentro de la misma. Doyal en Paulette Dieterlen (2001) distingue tres ideas principales para entender la autonomía:

“La primera refiere a la comprensión que las personas tienen de sí mismas, de su cultura y de lo que se espera de estas en ellas. La segunda se relaciona con la capacidad psicológica que tienen los hombres y las mujeres para crear sus propias opciones. Por último, la tercera se refiere a las oportunidades objetivas que permiten que una persona actúe o deje de actuar” (Doyal apud Dieterlen, 2001, p.17).

El autor plantea niveles mínimos de autonomía, que en el caso de no estar presentes constituirían una autonomía personal negativa. Algunos de esos niveles mínimos son: capacidad intelectual para fijar metas de acuerdo con su forma de vida, poseer la suficiente confianza en sí mismos para desear actuar y participar en la vida social, formular fines consistentes y poder comunicarlos a los otros y sentirse responsables de las decisiones que toman y sus consecuencias.

Dada la relevancia reconocida por el autor de la educación formal en la generación de esos niveles básicos de autonomía, se procederá a analizar qué es lo que los documentos legales seleccionados expresan con respecto a la temática.

La Ley Psicópatas nuevamente evita la regulación, no exponiendo objetivos relacionados a la educación. Son varias las interpretaciones posibles: falta de interés por la autonomía personal de los “psicópatas”, desconocimiento de la relevancia de la educación en la conformación de un ciudadano o la creencia de que no existe posibilidad de inclusión para las personas con enfermedad mental. En 1983 el Ministro de Salud Pública declaró que hay casos en los que nada sirve el gasto público. “Es tremendo pero no es sólo un problema uruguayo, es mundial. Sólo puede esperarse que se mueran...” (Ginés, 2003, p.173). Luego del cierre del Hospital Musto en 1996, y la comprobación del fracaso del viejo modelo de asistencia se notaron mejores condiciones en el Hospital Vilardebó donde se promovieron en cierto nivel las interacciones sociales (Ginés, 2003).

Por su parte, el proyecto de ley aprobado en el Senado en su artículo 14 involucra a tres Ministerios (MSP, MEC y MIDES) en la responsabilidad de la inserción educativa de las personas con trastorno mental y su desarrollo cultural. Se nombra a los responsables de garantizar la educación, a diferencia del anteproyecto de ley que no nombra a los organismos involucrados; solo afirma la intención de promover y garantizar el acceso a los bienes culturales, así como a la inserción y continuidad educativa de las personas usuarias de los servicios en Salud Mental (Artículo 30). Se plantea una intención pero no el marco institucional que la contemplaría ni los mecanismos de acción que la concretarían.

Se observa que en ninguno de los tres documentos trabajados se desarrolla demasiado la regulación sobre la educación formal para la población beneficiaria de los servicios de atención a la salud mental. Se explicitan los responsables y una intención de promover el acceso, pero no se hace hincapié en las estrategias de intervención y en la necesidad de crear espacios de inclusión. Dada la relación de la educación formal con la autonomía, esta última también se ve afectada y por ende, las características de la cotidianeidad.

Reflexiones Finales

Existen diferentes paradigmas y formas de ver y abordar la salud mental. Se pretendió en este trabajo conocer algunas de ellas, comprenderlas, contextualizarlas e interpretarlas, exponer los argumentos a favor y en contra de cada una, reconociendo semejanzas y diferencias.

Se comenzó con un recorrido histórico conceptual de la enfermedad mental, donde se pudo observar la evolución del concepto; encontrando cuatro etapas transitadas por el mismo. La primera asociada a lo religioso desde la posesión diabólica o la inspiración divina, la segunda etapa en donde la enfermedad mental es una desviación social que genera peligro y miedo; una tercera etapa a la que generalmente se la llama científica porque encuentra orígenes biológicos en la enfermedad; y una etapa final donde se destacan los aspectos psicológicos y sociales de la persona.

Luego se procedió a estudiar la especificidad del marco legal uruguayo, desde la elaboración de la Ley del Psicópata en 1936 y los acuerdos internacionales firmados en los últimos 50 años, hasta la creación del anteproyecto de ley de salud mental de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna en 2015 y el proyecto de ley presentado por el Ministerio de Salud Pública en 2016. Una vez finalizado el recorrido, se tomaron tres documentos legales con el propósito de analizar los modelos de atención a la salud mental implícitos en ellos.

Se analizaron las denominaciones al momento de hablar de las personas beneficiarias de los servicios, encontrando palabras como “psicópata”, “trastornado mental” y “usuario de los servicios a la salud mental”. Se expusieron argumentos de cada paradigma con la intención de comprender las miradas que eligen esas formas discursivas. De igual forma, se tomaron posturas críticas: los dos primeros términos son reconocidos por ser estigmatizantes, mientras que otras teorías consideran que el afán de llamar a las personas como “usuarias” niega enfermedades y necesidades específicas.

Se compararon también los tratamientos que se generarían a partir de la regulación de cada ley. Se observó el poder médico en la Ley Psicópatas, donde el aislamiento es la clave del proceso, conformando instituciones totales que llevan al hospitalismo. En el proyecto de ley

del MSP se promueve el trabajo interdisciplinario, considerando ciertas excepciones en instancias puntuales. En consecuencia se trata de una interdisciplina parcial, mientras que en el anteproyecto de ley de la Asamblea Constituyente se encuentra una interdisciplina total presente en todos los momentos del tratamiento.

La familia dentro de ese tratamiento aparece como un elemento sustancial, y en esta monografía se tomaron distintas teorías con respecto a ella: el movimiento antipsiquiatra con su planteo de que la enfermedad es un fenómeno de origen relacional y no biológico; Bertalanffy (1976) con su teoría sistémica tomando a la familia como una totalidad dentro del tratamiento; y otros autores que argumentaron que estas posturas responsabilizan a las familias y dejan afuera las determinaciones sociales y biológicas. La coincidencia entre éstas, se visualiza a la hora de reconocer que el papel de la familia es esencial en la rehabilitación y que un abordaje que no la tenga en cuenta sólo obtendrá una lectura limitada de la realidad (Miotto, 1997). La Ley Psicópatas es una expresión de esto, la atención se individualiza. En cambio, en el proyecto de ley del MSP si bien el tratamiento se dirige al individuo, no lo aísla, admitiendo el factor determinante que constituye la familia en la rehabilitación. No obstante, en el anteproyecto de ley, las familias además de contar con un papel participativo en el tratamiento, poseen derechos propios de atención interdisciplinaria en salud mental. A su vez, el anteproyecto pretende que el Estado promueva la participación de organizaciones de usuarios y de familiares en las políticas públicas en salud mental.

Al final del segundo capítulo se presentaron los órganos rectores que proponen cada documento y sus características. La Ley del año 1936 creó dos órganos: la Inspección General de la Asistencia a los Psicópatas y la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia a Psicópatas, ambos organismos dependientes del MSP. El proyecto de ley del Ministerio de Salud Pública de 2016, determina que el mismo MSP es quien tiene el deber de asegurar que la salud mental cuente con un abordaje propio de las políticas y programas nacionales. Dentro del mismo, se crearía un órgano plural que se dedique plenamente al control de los servicios de salud mental: la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. Aquí radica la diferencia principal entre estos documentos legales: el anteproyecto de ley defendido por organizaciones de la sociedad civil plantea que el órgano que debe supervisar el ejercicio de los derechos humanos dentro de la salud mental debe ser independiente, no contando con una autoridad externa, siendo una institución parte del Poder Legislativo. La

pregunta es: ¿Si el Ministerio de Salud Pública ya es de por sí el órgano rector de los servicios de salud a nivel nacional, se debería crear otro independiente? Si así fuera, ¿no se crearían constantemente órganos autónomos para garantizar la calidad de los servicios de todas las diferentes áreas? Parece poco viable y sostenible pero esa es una de las grandes discusiones entre el proyecto de ley del MSP y el anteproyecto de ley de la Asamblea Constituyente.

En el último capítulo se trabajó el concepto de vida cotidiana identificando su gran relevancia en el análisis, ya que es allí donde el individuo se mueve y realiza su vida (Berdía, 2009). Se intentó construir la vida cotidiana de las personas beneficiarias de los servicios de atención a la salud mental desde lo planteado en cada ley, proyecto y anteproyecto. Para eso se tomaron tres ejes: trabajo, vivienda y educación. El trabajo considerado como un fenómeno que en la actualidad brinda una estructura diaria y un espacio donde desarrollar redes sociales. La Ley del Psicópata no especifica nada sobre este factor pero se debe tener en cuenta que esta ley fue formulada en el año 1936 y quizás el trabajo no era ese fenómeno integrador que es hoy en día. El proyecto de ley presentado ante el senado, maneja el concepto de empleo con apoyo; el anteproyecto de ley, en cambio, toma el concepto de “trabajo digno”. Existe similitud entre el proyecto y el anteproyecto, donde se manifiesta la necesidad de empleos que se ajusten al perfil del usuario. La ley por un lado, el proyecto y el anteproyecto de ley por otro, representan momentos históricos diferentes donde el trabajo como eje jerarquizante de la vida cotidiana tiene otra relevancia. En la actualidad el trabajo significa independencia, autonomía, ingresos monetarios, redes sociales y conformación como ciudadano.

El segundo eje trabajado fue la vivienda. Terra expone en su artículo que el acceso a la misma tiene mucho que ver con la calidad de vida y en esta monografía se puede asumir que también con la vida cotidiana. Para el análisis se adoptaron algunas conceptualizaciones de la autora Moreira (2014): propiedad privada, el Estado como mediador, cuestión social y políticas públicas. La Ley del Psicópata omite regulación con respecto al acceso a la vivienda por parte de los llamados “psicópatas”. Aquí el Estado no funciona como mediador y carece de una concepción de cuestión social que guíe su accionar. El proyecto de ley del Ministerio de Salud Pública profundizaría dentro del Plan Nacional de Vivienda el apoyo a personas con trastornos mentales. Cuenta con una concepción de la cuestión social, donde se reconoce como problema la falta de acceso a la vivienda por parte de las personas con trastornos mentales y el Estado decide intervenir. En el anteproyecto de ley el Estado también interviene

ante una problemática pero no solo se plantea un mayor desarrollo dentro del Sistema Nacional de Vivienda, sino que manifiesta la necesidad de priorizar a las personas usuarias de los servicios de salud mental. Como se mencionó anteriormente, esa “priorización” conlleva ciertos riesgos de segregación y estigmatización, además de que puede crear una subjetividad agradecida, conceptos trabajados en el cuerpo de la monografía.

Es más que evidente que contar con una vivienda o no hacerlo, es determinante en la vida cotidiana de una persona y el ideal de que el acceso sea universal está bastante lejos de ser real. Ante esto el proyecto y el anteproyecto plantean que el Estado intervenga “profundizando el apoyo” o “priorizando” a esta población. Allí donde el mercado está ausente, el Estado interviene, corriendo riesgos de estigmatizar, pero interviniendo en fin.

El tercer y último eje para caracterizar la vida cotidiana de esta población es la educación. Se asoció en este trabajo la educación a la autonomía, elemental en la conformación de la vida cotidiana. La Ley del Psicópata nuevamente evita la regulación, no exponiendo objetivos relacionados a la educación. El proyecto de ley aprobado en el Senado nombra tres Ministerios (MSP, MEC y MIDES) como responsables de la inserción educativa de la población con trastornos mentales. El anteproyecto sólo afirma la intención de promover y garantizar el acceso. En ninguno de los tres documentos se le da una importancia significativa a la educación, no reconociendo quizás los recursos que la misma puede proporcionar en la vida cotidiana y que brevemente fueron expuestos en este trabajo.

Para finalizar las reflexiones, es necesario destacar lo siguiente: existe un avance desde la creación de la Ley Psicópatas en 1936. El proyecto de Ley presentado por el Ministerio de Salud Pública supone cambios sustantivos, debido a que plantea un modelo de atención más integral e interdisciplinario. Sin embargo, se hallan aportes valiosos provenientes de la sociedad civil, por ejemplo, la necesidad de fecha de cierre de las instituciones asilares y la preocupación por el estigma. Se reconoce que a la normativa Uruguayaya le queda camino por recorrer para llegar a una ley de salud mental que respete plenamente los derechos humanos. Quizás, el intercambio entre estos diversos paradigmas sea un gran insumo para ello.

Pero, parece ser aún más largo el camino que queda para concretar todo lo explicitado en esos documentos legales, garantizando para esta población el acceso al trabajo, a la vivienda, a tratamientos de calidad, etc. Surge la siguiente pregunta: ¿La reglamentación de una nueva ley garantizará el ejercicio de los derechos humanos por parte de las personas beneficiarias de los servicios de salud mental? Queda pendiente entonces para otras oportunidades de

investigación, estudiar las consecuencias concretas de las leyes en la realidad social. Dentro de esta monografía, se optó por analizar ese primer paso que es la regulación de los derechos y los servicios dentro del marco legal.

Bibliografía:

- AESE (2017) “El empleo con apoyo” Asociación Española de Empleo con Apoyo. Disponible en: <http://www.empleoconapoyo.org/aese/article15.html>
- Álvaro, J (1992) “Salud mental” en Roman Reyes “Diccionario crítico de ciencias sociales. Universidad Complutense de Madrid, Madrid en Amico, L (2005) “La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo social en alternativas de atención” Espacio. Buenos Aires.
- Amico, L (2005) “La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo social en alternativas de atención” Espacio. Buenos Aires.
- Arias, A (2004) “Pobreza, focalización y trabajo social: aproximación y análisis”.UR. FCS-DTS. Montevideo.
- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y VidaDigna (Sin fecha) Facultad de Psicología, Universidad de la Republica. Disponible en: http://psico.edu.uy/sites/default/files/asamblea_instituyente_por_salud_mental_desmanicomializacion_y_vida_digna_plataforma.pdf
- Astete, M y Vaccari, P (2017) “Políticas públicas y subjetividades: Lógicas en disputa en la implementación de programas sociales en la comuna de Lota, Chile” Psicoperspectivas, individuo y sociedad. Vol 16 No 1. p. 31-41. Chile. Disponible en:<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/880/602>
- Baraibar, X (2003) “Las paradojas de la focalización” Revista Ser Social, No 12, p. 259-290, Brasilia.
- Bentura, C (2011) “Algunas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad” Montevideo.

- Berdia, A (2009) “Vida cotidiana: categoría central para el abordaje profesional.” Revista Fronteras, No 5 p. 45-57.
- Bertalanffy, L (1976) “Teoría General de sistemas”. Fondo de Cultura Económica, Mexico.
- Bourdieu, P (1985) “¿Qué significa hablar?: Economía de los intercambios lingüísticos” Akal, Madrid.
- Caponi, S (2009) “Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. In: Comunicação, saúde, educação” Interfase Vol 13, no 29., p. 327-338 en Bentura, C (2011) “Algunas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad” Montevideo.
- Casarotti, H (2015) “Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay” Rev Psiquiatr Urug Vol 79 No 2. p. 137-151. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/12/07_ASM.pdf
- Castel, R (1997) “Las metamorfosis de la cuestión social:una crónica del salariado...” Paidós, Buenos Aires.
- Castel, R (1980) “El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo” La Piqueta, Madrid.
- Cátedras de Salud Mental de la Facultad de Medicina (2017) “Documento presentado al Consejo de la Facultad de Medicina sobre la Ley de Salud Mental” Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 81 N1 p.83-86 http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/09/08_ASM2.pdf
- CEPAL (1997) “La Brecha de la Equidad” San Pablo en Baraibar, X (2005) “Transformaciones en los regímenes de protección social y sus impactos en el Trabajo Social” Vol 8 No 2, p. 155-166.
- Comisión de Legislación del Trabajo (2015) “Inserción laboral de personas con

discapacidad en el ámbito privado” Disponible en:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/D2016090256-012646627.pdf>

- Comisión Nacional por una ley de Salud Mental (2017) “Comunicado de la Comisión Nacional por una ley de Salud Mental “ La Izquierda Diario Uruguay. Disponible en: http://www.laizquierdadiario.com/spip.php?page=gacetilla-articulo&id_rubrique=5441&id_article=73997
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Corrigan, P y Watson, A (2002) "Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness", World Psychiatry citado en Sánchez, L et al (Sin fecha) “Experiencias de estigma en personas con enfermedad mental y su impacto en la autoestima” Universidad del Rosario, Bogotá.
- Dieterlen, P (2001) “Derechos, necesidades básicas y obligación institucional” en “Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina“ p.13-21. CLACSO, Buenos Aires. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101029063258/3gordon.pdf>
- Doyal, L (1998) “A theory of human need”, en Dieterlen, P (2001) “Derechos, necesidades básicas y obligación institucional” en “Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina“ p. 13-21. CLACSO. Buenos Aires. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101029063258/3gordon.pdf>
- Duhau, E (2001) “Política social, pobreza y focalización. Reflexiones en torno al programa de educación, salud y alimentación” en Ziccardi, A (Comp) “Pobreza, desigualdad social y ciudadanía: los límites de las políticas sociales en América Latina” p. 311-326. CLACSO, Buenos Aires.

- Estevam, M, Marcon, S, Antonio, M, Munari, D , Angélica, M y Waidman, P (2011). “Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica” Revista Escola Enfermagem. Vol 45. No 3 Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf>
- Faraone. S (2013) “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones” Revista Salud Mental y Comunidad No 3 p 29-40. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>
- Foucault, M (1990). “Historia de la Locura en la Época Clásica.” Fondo de Cultura Económica, México.
- Ginés, A (2003) “La honda de Murguía” Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 67. No 2. p. 172-180.
- Goffman, E (2007). “Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales” Amorrortu, Buenos Aires.
- Hacking, I (2005) “Philosophie et Histoire des concepts scientifiques.” Façonner les gens Paris: College de France, p.593-613 en Bentura, C (2011) “Algunas reflexiones sobre la “enfermedad mental” en la contemporaneidad”, Montevideo.
- Heller, A (1972) “Historia y vida cotidiana.” Ediciones Grijalbo, México
- Iamamoto, M (1997) “Servicio Social y división del trabajo” Editorial Cortez, San Pablo.
- Kuhn, T (1978) “La Revolución Copernicana” Editorial Ariel, Barcelona.
- Lerner, B (1996) “América Latina: los debates en política social, desigualdad y pobreza” Miguel Angel Porrúa , México d.f.

- Ley N° 11.139 Patronato del Psicópata (1949) Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay, Montevideo. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4937084.htm>
- Lysaker, P y France, C (1999) "Psychotherapy as an element in supported employment for persons with severe and persistent mental illness" *Psychiatry* Vol 62, No 3, p.209-221 en : Saavedra, M. Francisco, J. (2011): "Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves" *Historia, Ciencia, Saúde*. Vol 18. No 1. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100008
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III (1981) "Case book, a learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders." A.P.A, Washington.
- Martín, J y Ovejero, A (2009) "Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico" *Revista de historia de la psicología*. Universitat de València. Vol. 30. No 2-3. p. 293-299.
- Melman, S (1998) en Amico, L (2004) "Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental" *Margen Revista de Trabajo Social* No 35. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- MIDES (2015) "Discapacidad y Trabajo en Uruguay Perspectiva de derechos" Vol 1. Montevideo. Disponible en: http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/40851/1/pronadis---discapacidad-y-trabajo-en-uruguay_web.pdf

- Mito, R (1997) “Familia e Serviço social. Contribuições para o debate.” Serviço Social e Sociedade. Vol 18. No 55. p. 114-130.
- Moreira, N (2014) “Derecho a Techo... Un recorrido por los últimos 65 años en políticas públicas de vivienda” Jornadas de Investigación. (13a 2014, set. 15, 16 y 17) UDELAR-FCS. Montevideo. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2014/09/Moreira.pdf>.
- Naciones Unidas (2006) “Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo”, Nueva York y Ginebra. Disponible en : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- Napier, A y Whitaker, C (1982) “El Crisol de la familia” Ammortu, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2011) “Informe Mundial sobre la Discapacidad”, Malta. Disponible en: www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf?ua=1
- Pastorini, A. (1999) “La cuestión social y sus alteraciones en la contemporaneidad en Temas de Trabajo Social” Facultad Ciencias Sociales, Montevideo.
- Pavlovsky, E. (1987). La crisis del terapeuta. En Cuestionamos I Ed. Búsqueda, Buenos Aires en Chape, A (2015) “FAMILIA: ¿En la salud y en la enfermedad?” Facultad de Psicología, universidad de la Republica. Disponible en: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_alejandro_chape.pdf
- Pinel, P (1809) “Traité médico-philosophique” en Castel, R (1980) “El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo” La Piqueta, Madrid.
- PIT-CNT y SUNCA (2015) “Ley de Empleabilidad para Personas en situación de Discapacidad” Disponible en: http://www.pitcnt.uy/images/Fundamentos_y_anteproyecto_de_LEY.pdf

- Presidencia (2015) “Gobierno busca consenso para presentar proyecto de ley de salud mental y evitar colonias” Disponible en: <https://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/gobierno-consenso-proyecto-ley-salud-mental-basso-colonias-msp>
- Rama (2000) “La Ley 9.581 Análisis de la ley que "organiza la asistencia de psicópatas" Revista LA ONDA Digital. Disponible en: <http://www.laondadigital.uy/LaOnda2/001-100/14/La%20Ley%209581.htm>
- Saavedra, M y Francisco, J (2011) “Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves” Historia, Ciencia, Saúde. Vol 18. No1.
- Sánchez, L , Arboleda, J , Cardona, A , Córdoba, S , Ibáñez, M , Pérez, I , Ruiz, A , y Vallejo, A (Sin fecha) “Experiencias de estigma en personas con enfermedad mental y su impacto en la autoestima en Colombia.” Universidad del Rosario, Bogotá. Disponible en: <https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/experiencias-de-estigma-en-personas-con-enfermedad-mental-y-su-impacto-en-la-autoestima-en-colombia.pdf>
- Sartre, J (1970) “Crítica de la razón dialéctica” Losada, Buenos Aires.
- Siri, G (1992) en Lerner, B (1996) “América Latina :los debates en política social, desigualdad y pobreza” Miguel AngelPorrua , México d.f.
- Spitz, R (1945). “Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood” Estudio Psicoanalítico de Niño, 1, 53-74.
- Terra, C (2015) “Sistemas de acceso a la vivienda y segregación territorial” Revista Fronteras No 8 p.145-156. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/7257/1/RF_Terra_2015n8.pdf

- Uriarte, J y Vallespi, A (2017) “Reflexiones en torno al modelo de recuperación” Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol 37 No 131, p. 241-256. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100014
- Vuskovic, P (1996) “Pobres y Desigualdad en América Latina.” Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, México en Arias, A (2004) “Pobreza, focalización y trabajo social: aproximación y análisis”. UR. FCS-DTS. Montevideo.
- Ziccardi, A (Comp) (2001) “Pobreza, desigualdad social y ciudadanía: los límites de las políticas sociales en América Latina” CLACSO, Buenos Aires.

Fuentes:

- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015) “Anteproyecto de ley de Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay” Disponible en: http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/p/blog-page_25.html
- Cámara de Senadores, Comisión de Salud Pública (2016) “Proyecto de Ley: Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud” Montevideo. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/S2016100354-001460533.pdf#page=>
- Ley N° 9.581 Psicópatas (1936) Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay, Montevideo. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9349250.htm>