

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

Devenir de las normativas en salud mental en Uruguay: aproximación al análisis de un campo en disputa

María del Carmen Raimundi Rodríguez
Tutora: Celmira Bentura Alonso

2018

Resumen

En Uruguay desde hace unas décadas, se han venido realizando una serie de movilizaciones en pos de adaptar la atención de la salud mental a los cambios devenidos a nivel regional e internacional, proclamando un cambio de paradigma: transitar de manera progresiva de un modelo exclusivamente asistencial psiquiátrico, a un modelo comunitario, con perspectiva de Derechos Humanos.

En este sentido, el siguiente documento ha tenido como objetivo de estudio explorar en el contexto socio-político e histórico de Uruguay en el siglo XX y primeras décadas del siglo XXI, en base a las normativas en materia de salud mental, el devenir de la configuración del campo de la salud mental.

El trabajo desarrollado es de carácter exploratorio, con un abordaje desde la metodología cualitativa. La estrategia metodológica que se utilizó para darle sentido al trabajo, se centró en el análisis bibliográfico de fuentes documentales, referentes a las distintas normativas por las cuales se ha nutrido la salud mental en Uruguay.

En las reflexiones finales se realiza un breve resumen de los principales aspectos de cada capítulo, los cuales, mediante el recorrido por la aproximación al campo de la salud mental uruguayo, han dado cuenta de un proceso.

Palabras clave

Devenir histórico, normativas, salud mental.

Índice

Introducción	1
Capítulo I: Devenir de las primeras leyes en materia de salud mental en Uruguay: conformación y configuración de un campo social	8
1.1 Caracterización del contexto histórico del Uruguay moderno.....	9
1.2 Primeros abordajes institucionales en torno a la locura en la sociedad uruguaya.....	13
1.3 Ley N° 9.581: Organización de la Asistencia a Psicópatas.....	14
1.3.1 Breve presentación de la coyuntura histórica en la que se inscribe la Ley N° 9.581.....	15
1.3.2 Descripción y análisis de la Ley N° 9.581.....	15
1.4 Ley N° 11.139 - Patronato del Psicópata.....	18
1.5 Primeras leyes en materia de salud mental en Uruguay: conformación y configuración de un campo social.....	19
Capítulo II: Ordenamiento jurídico en materia de salud mental uruguaya: acompasando los cambios coyunturales de la segunda década del siglo XX	23
2.1 Acontecer socio-histórico en la segunda mitad del siglo XX uruguayo.....	24
2.2 De informes, tratados y planes en materia de salud mental: aggiornamento del marco jurídico.....	26
2.2.1 Informe Chanoit.....	27
2.2.2 Declaración de Alma-Ata.....	28
2.2.3 Plan Nacional de Salud Mental.....	28
2.2.4 Declaración de Caracas.....	31
2.2.5 Informe de la Mental Disability Rights Internacional.....	31
2.3 Acceso de nuevos agentes sociales al campo de la salud mental.....	32
Capítulo III: Ley de Salud Mental N° 19.529: ¿hacia un cambio de paradigma o readaptación del modelo asistencial psiquiátrico?	34
3.1 Sucesos a nivel nacional.....	34

3.2 Devenir internacional y regional en lo referente al cambio de paradigma de atención en salud mental: pasaje del modelo psiquiátrico al modelo comunitario.....	36
3.3 Antecedentes de la Ley de Salud Mental N° 19.529.....	38
3.3.1 Ratificación de nuevas normativas regionales.....	38
3.3.2 Actores preponderantes en la puja por la creación de la Ley de Salud Mental.....	40
3.4 Ley de Salud Mental N° 19.529.....	42
3.5 Reconfiguración del campo de la salud mental: disputa en torno a una nueva ley.....	44
Reflexiones finales	46
Referencias	48
Fuentes documentales	51
Páginas web	51

Introducción

El presente documento corresponde a la monografía final de grado, requisito establecido curricularmente por el Plan de Estudios del año 2009, para dar por finalizada la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

La salud mental es una temática extensa y compleja, la cual puede y debe abordarse desde una perspectiva interdisciplinaria, en pro de una concepción holística de la misma. En palabras de Amarante (2009): “salud mental es un cuerpo bastante polisémico y plural en la medida que trata del estado mental de los sujetos y de las colectividades que, del mismo modo, son condiciones altamente complejas” (p. 21).

Es por ello que, en Uruguay hace unas décadas se han venido realizando una serie de movilizaciones en pos de adaptar la atención de salud mental a los cambios devenidos, proclamando un cambio de paradigma. Es decir, transitar de manera progresiva de un modelo exclusivamente asistencial psiquiátrico, a un modelo comunitario, con perspectiva de Derechos Humanos.

Desde los distintos agentes sociales involucrados en la temática -familiares y usuarios, organizaciones sociales, colectivos profesionales-, se ha venido trabajando para que este cambio de paradigma se materialice en una primera instancia en materia normativa y, en una posterior instancia, mediante distintos instrumentos –planes, programas y proyectos- se lleve a cabo su reglamentación.

Recientemente, en el año 2017, el parlamento uruguayo aprueba la Ley N° 19.529 de Salud Mental, que propone cambios a su antecesora Ley N° 9.581, denominada de Asistencia a Psicópatas, que data del año 1936.

Planteado este breve encuadre de la situación actual en materia de salud mental en Uruguay, a continuación, se establecerán los lineamientos y rumbos por los cuales transitará el trabajo a desarrollar.

Temática

En el ámbito social existen un sinnúmero de problemáticas a las cuales se puede abordar como objeto de estudio desde las ciencias sociales. Por esa razón, se realizará un recorte de la realidad en base a una temática específica, que ha venido tomando relevancia en los últimos tiempos en la sociedad uruguaya. Es por ello que se trabajará en torno a las normativas desarrolladas en materia de salud mental, comprendidas entre el siglo XX y las primeras décadas del presente siglo, realizando un recorrido histórico, que dé cuenta del devenir de un proceso.

Objeto de estudio

En base a la temática planteada, se establecerá el objeto de estudio, el cual se caracterizará por enunciar como se abordará o que se buscará de la misma. En este sentido, el objeto de estudio se centrará en esbozar la dinámica de la configuración del campo de la salud mental, en base al devenir histórico, y las distintas normativas aprobadas en la materia, durante el siglo XX y las primeras décadas del siglo XXI en Uruguay.

Justificación

En tanto a la justificación de la elección del objeto de estudio, se puede mencionar que en los últimos tiempos la temática de la salud mental ha estado en la agenda pública a nivel regional como local, prueba de ello es la aprobación de la Ley N° 19.529 de Salud Mental, en agosto de 2017. Dicha ley es el resultado de un devenir normativo a lo largo de la historia uruguaya, donde los distintos agentes han tenido roles disímiles en la configuración del campo de la salud mental. Por ello, es pertinente realizar un trabajo que efectúe un recorrido histórico en torno a las distintas normativas que han constituido el campo de la salud mental, ejercicio que pretenderá dar indicios de la perspectiva y características de la actual ley aprobada.

Objetivos

A continuación, se esbozarán los objetivos que guiarán el desarrollo del trabajo.

Objetivo general

Explorar en el contexto socio-político e histórico de Uruguay en el siglo XX y primeras décadas del siglo XXI, en base a las normativas en materia de salud mental, el devenir de la configuración del campo de la salud mental.

Objetivos específicos

- Describir el contexto socio-político e histórico en el que surgen las normativas relativas a la atención en salud mental, en Uruguay durante el siglo XX hasta las primeras décadas del siglo XXI.
- Exponer las distintas normativas en materia de salud mental, desarrolladas en la sociedad uruguaya desde principios del siglo XX hasta la actualidad.
- Explorar la conformación de los distintos actores sociales que intervinieron en la disputa del campo de la salud mental en Uruguay.

Preguntas orientadoras

¿Por qué el Estado comenzó a hacerse cargo de la salud mental a fines del siglo XIX y no antes?, ¿por qué paso a ser visto como un problema social?

¿Con qué antecedentes se cuentan en materia de avances con respecto a la salud mental con perspectiva de Derechos Humanos? Tanto a nivel mundial, como regional.

¿Qué incidencia tuvieron los distintos actores en la concreción de la nueva Ley de Salud Mental?, ¿es el resultado de un consenso, en donde se consideraron todas las voces; o primaron las hegemónicas?

Estrategia teórica – metodológica

Para poder comprender desde un plano teórico¹ el objeto de estudio, es necesario plantear y desarrollar categorías analíticas que lo expliquen desde un plano más abstracto. Por ello a continuación, se plantearán los principales lineamientos teóricos- metodológicos que guiarán y estructurarán la monografía.

El trabajo que se desarrollará, tendrá un carácter exploratorio en torno al objetivo planteado, con un abordaje desde la metodología cualitativa, que permitirá conocer y comprender la configuración del campo de la salud mental, con respecto al devenir de las normativas en dicho campo. La estrategia metodológica que se utilizará para darle sentido al trabajo, se centrará en un análisis bibliográfico de fuentes documentales, que darán cuenta de la teoría sustantiva: documentos, leyes nacionales y tratados internacionales, referentes a las distintas normativas por las cuales se ha nutrido la salud mental en Uruguay.

A lo largo del trabajo se desarrollará una perspectiva histórica y un análisis crítico de los contextos políticos y sociales que acompañaron las estrategias de configuración del campo de la salud mental, ya que se parte del supuesto, de que ahondar en el pasado, resulta un ejercicio imprescindible para comprender el presente.

En tanto, para el sustento teórico, se hará referencia al pensamiento de Pierre Bourdieu, donde se tomarán como ejes conceptuales los constructos que elabora el mencionado autor, tales como: campo social, capital, intereses, posiciones; mediante el cual, se intentará de manera hipotética delinear el devenir del campo de la salud mental en Uruguay durante el siglo XX, hasta las primeras décadas del siglo XXI.

¹ “El marco teórico constituye un corpus de conceptos de diferentes niveles de abstracción articulados entre sí que orientan la forma de aprehender la realidad. Incluye supuestos de carácter general y la teoría sustantiva sobre el tema a analizar”(Sautu, Boniolo, Delle y Elbert, 2005, p. 34).

Breve presentación de los ejes conceptuales

A continuación, se realizará una breve presentación de un autor contemporáneo francés: Pierre Bourdieu, y de los conceptos a los cuales se suscribirá para realizar la presente monografía.

El autor aborda la realidad social, utilizando instrumentos analíticos que dan cuenta de las prácticas sociales de los agentes, buscando comprenderlas y explicarlas (Gutiérrez, 2006). Hace referencia a una alianza entre el objetivismo y el subjetivismo, –las ciencias sociales los han posicionado desde dos puntos de vista incompatibles- siendo una de las claves de su trabajo. Esa alianza se puede resumir en la siguiente expresión: *constructivist structuralism* o de *structuralist constructivism*. A continuación, realiza una explicación de ello:

por estructuralismo o estructuralista, quiero decir que existen en el mundo social mismo, y no solamente en los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etc., estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o de coaccionar sus prácticas o sus representaciones. Por constructivismo, quiero decir que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción que son constitutivos de lo que llamo habitus, y por otra parte estructuras, y en particular de lo que llamo campos y grupos especialmente de lo que se llama generalmente las clases sociales (Bourdieu, 1987, p.127).

El autor realiza una división entre: las estructuras sociales externas o la historia hecha cosas a las cuales considera como, campo, capital, intereses, posiciones, donde sus relaciones y su lógica de funcionamiento las engloba en la dinámica de los campos; en tanto las estructuras sociales interiorizadas o la historia hecha cuerpo, se encuentra el habitus y sus relaciones con la noción de práctica en términos de estrategia y con la de clase social (Gutiérrez, 2006).

Es decir, dentro del espacio social existen estructuras sociales (objetivas-externas y subjetivas-internas), que se relacionan, se retroalimentan, dando por resultado la dinámica de las prácticas sociales de los agentes sociales.

Para abordar y explicar el objeto de estudio en cuestión, se hará referencia principalmente a las estructuras sociales externas, dentro de las cuales se hará foco en el campo de la salud mental, y sus implicancias.

El autor define a los campos sociales como: “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu, 1987, p.108). El campo de la salud mental, es un campo con su historia y trayectoria que a lo largo del trabajo, se intentarán dar pinceladas de su conformación y configuración, utilizando para ello el devenir histórico y normativo.

El principio diferenciador de los campos sociales, es el tipo de capital que está en juego. Dentro de los campos se dan luchas y consensos en base al capital que se disputa. El capital es considerado como “conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden” (Costa, 1976 p.3). El campo de la salud mental tiene una configuración de luchas de poder específicas; puesto que, en cada campo de interacción, los recursos adquieren diferentes valores y diferentes formas ya que el capital es un recurso que debe ser reconocido como tal (Bentura, 2011). En el desarrollo del trabajo, se irán exponiendo como en cada momento histórico se han ido desarrollando las luchas por las distintas posiciones, y en base a qué capitales, dentro del campo de la salud mental.

Bourdieu, hace referencia a la existencia de distintos tipos de capitales: capital económico, capital cultural, capital social y capital simbólico. Cada tipo de capital, tiene sub-especies de capitales. Este conjunto de poderes –especies y sub-especies de capital- constituyen la gama de recursos, de medios y de apuestas de los distintos agentes comprometidos en las luchas de los diferentes campos sociales (Gutiérrez, 2006).

El autor, además trae a colación el termino de interés –illusio-. En todo campo, como producto histórico, engendra y activa una forma específica de interés, una illusio específica, que es la condición de su propio funcionamiento. En cada agente el interés por reproducir o mejorar su posición, reproduciendo o aumentando el capital específico que está en juego en el campo social. La noción de interés permite comprender la practica en términos de estrategia (Gutiérrez, 2006). Mediante este concepto, se podrá ir comprendiendo como se han estructurado las posiciones de los agentes en base al valor del capital o los capitales en disputa.

Por último, en tanto a las estructuras externas, Bourdieu hace referencia a la distribución desigual del capital que está en juego, es decir, el lugar ocupado en cada campo, en relación con el capital específico que está en juego. Dichas posiciones son relativas en relación a otras posiciones. Según el lugar de posesión del capital, da como resultado el ejercicio de relaciones de

poder, relaciones de dominación-dependencia entre los agentes que entran en competencia y lucha por el capital que se disputa en cada campo (Gutiérrez, 2006).

Organización del documento

Para finalizar, a continuación, se presentarán los contenidos del documento, el cual se organizará en torno a tres capítulos, que trataran de dar conectividad y fluidez al trabajo que se pretende realizar. Dentro de cada uno de ellos, se realizará una división temporal que girara en torno al tiempo cronológico en el que se fueron aprobando y/o ratificando las distintas normativas en salud mental, a modo de organizar y estructurar el trabajo.

El primero de ellos, bajo el título: “Devenir de las primeras leyes en materia de salud mental en Uruguay: conformación y configuración de un campo social”. En el mismo, se abordarán las primeras leyes en torno al tratamiento que se le brindaba a la locura en Uruguay, tomando el periodo comprendido entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX.

En segundo capítulo, denominado: “Ordenamiento jurídico en materia de salud mental uruguaya: acompasando los cambios coyunturales de la segunda década del siglo XX”. Como lo indica su título, se caracterizará por abarcar el periodo comprendido en la segunda mitad del siglo XX, donde se presentarán una serie de tratados internacionales ratificados por Uruguay en materia de salud mental. En tanto a nivel nacional, se expondrá el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), aprobado en el año 1986.

En el último capítulo: “Ley de Salud Mental N° 19.529: ¿hacia un cambio de paradigma o readaptación del modelo asistencial psiquiátrico?”, se hará el recorrido que se ha emprendido para la aprobación de la Ley de Salud Mental N° 19.529. Para ello, se desarrollarán los antecedentes y sucesos nacionales, regionales e internacionales por los que se incursionó para arribar a la actual ley, posicionándose para ello temporalmente desde principios del siglo XXI hasta la actualidad.

Cabe destacar que al final de cada uno de los capítulos, se esbozaran líneas que intentaran dar cuenta del devenir de la configuración del campo de la salud mental, mediante las categorías analíticas de Bourdieu.

Para dar por finalizado el trabajo, se esbozarán unas reflexiones finales relacionadas al trabajo realizado.

Capítulo I

Devenir de las primeras leyes en materia de salud mental en Uruguay: conformación y configuración de un campo social

A continuación, en el primer capítulo se abordarán las primeras leyes en torno al tratamiento que se le brindaba a la locura en Uruguay. Para ello, se realizará una contextualización histórica, tomando el periodo comprendido entre las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, que permitirá comprender los procesos que se venían gestando. En una primera instancia, se hará referencia de la coyuntura por la cual atravesaba el país a finales del siglo XIX, periodo que se caracterizó por el desarrollo de la “primera fase de la modernidad” (Caetano y Rilla, 1996), donde los países periféricos –como Uruguay- comenzaron a formar parte de la economía mundial que se encontraba en pleno auge.

Luego, se abordará el periodo de las tres primeras décadas del siglo XX –“segunda fase de la modernidad” (Caetano y Rilla, 1996)-, momento en el cual el Estado comienza a tener un desarrollo preponderante en la construcción y consolidación del proyecto modernizador que se venía instaurando.

A nivel de la atención en salud mental, se afianza el funcionamiento del Hospital Vilardebó y, surgen las colonias Dr. Santín Carlos Rossi y Dr. Bernardo Etchepare, mediante la dirección de una novel psiquiatría que se venía afianzando en la sociedad uruguaya, desplazando paulatinamente al cuerpo religioso en materia de atención a las enfermedades mentales.

En materia legislativa, surgen las dos primeras leyes, cuya función viraba en torno a la regulación de la atención en salud mental. En una primera instancia surge la Ley N° 9.581, la cual buscaba la organización de la Asistencia de Psicópatas, del año 1936; posteriormente en el año 1948, surge la Ley N° 11.139 que da origen al Patronato del Psicópata.

Por último, mediante algunas de las categorías analíticas elaboradas por Bourdieu, se intentará realizar una breve aproximación a la conformación y configuración del campo de la salud mental, utilizando para ello la coyuntura histórica del país y las leyes en materia de salud mental aprobadas hasta ese momento.

1.1 Caracterización del contexto histórico del Uruguay moderno

Para exponer el desarrollo de este momento histórico, se plantean unas preguntas iniciales y orientadoras, que buscan comprender las implicancias y repercusiones por las cuales atravesó Uruguay - país periférico, en la lógica de la economía capitalista – al incursionar por el proceso de modernización y, sus respectivas consecuencias en torno al objeto de estudio trazado.

¿Por qué el Estado comenzó a hacerse cargo de la locura a fines del siglo XIX, y no antes?; ¿por qué la locura paso a ser vista como un problema social?; ¿qué características tenían las lógicas institucionales iniciales a la hora de abordar la locura?; ¿qué figuras comienzan a destacarse en la tarea de curar a los locos?

A partir de estas interrogantes -que se irán abordando en el desarrollo del primer capítulo- se intentarán ilustrar los procesos más significativos por los cuales atravesó la sociedad uruguaya en aquel momento histórico en relación al objetivo de estudio. Al decir de Barran (1990), la sociedad uruguaya transitó por el pasaje de una cultura “bárbara” a una cultura “civilizada”².

En el transcurso de la segunda mitad del siglo XIX, a nivel económico:

el país vive un proceso de transición durante el cual coexisten modalidades de redistribución del excedente y medios de producción precapitalistas, junto a un incipiente pero no insignificante proceso de acumulación originaria, coexisten relaciones de producción de tipo precapitalista con otras definidamente capitalistas (Sala y Alonso, 1986, p. 28).

Posteriormente, en una primera fase –modernizadora-, en el último cuarto del siglo XIX, se implementó el modelo agroexportador³ a nivel económico, y autoritario en lo político⁴. Dentro de los objetivos de esta fase, se buscaba consolidar la presencia del Estado en la sociedad y en la

² Barran (1990) hace alusión al nacimiento de la sensibilidad “civilizada” entre los años 1860-1920, cuyo objetivo principal era disciplinar a la sociedad, puesto que se buscaba imponer un nuevo modelo económico y social, desplazando el anterior estadio de sociedad tradicional - “bárbara”- que existía en Uruguay, previos a aquellos años. Cabe mencionar que pervivieron en el tiempo los dos tipos de sensibilidad por largo trecho, sin lugar a dudas primó la sensibilidad “civilizada” en desmedro de la “bárbara”.

³ También denominado crecimiento guiado por exportaciones, modelo de desarrollo instaurado en los países de América Latina entre los años 1850-1914, donde dichos países pasan a insertarse internacionalmente como exportadores de materias primas para la demandante industria de Gran Bretaña –principalmente-, y finaliza con el acaecimiento de la Primera Guerra Mundial (1914-1918).

⁴ En las últimas décadas del siglo XIX, en Uruguay se suceden una serie de gobiernos militares: Lorenzo Latorre (1876- 1880), Máximo Santos (1882-1886) y Máximo Tajes (1886-1890). Dentro de sus objetivos, se buscaba asentar el poder central estatal, combatiendo contra el poder que impartían los caudillos en aquellos tiempos.

economía, afirmar la propiedad privada y reinsertar al Uruguay como Estado y como Nación en el contexto mundial de finales del siglo XIX (Caetano y Rilla, 1996).

Es por ello que, a nivel del comercio internacional, las economías centrales – principalmente Gran Bretaña- buscaban adaptar a las economías periféricas –entre ellas América Latina- a sus necesidades en torno a una economía a nivel mundial que se venía desarrollando principalmente a raíz de la segunda revolución industrial (Méndez Vives, 2011).

En este sentido, la instauración del proceso modernizador en Uruguay fue traduciéndose a nivel de las diversas esferas sociales. A nivel productivo, el medio rural atravesó por un conjunto de modificaciones, implicando principalmente: revolución del lanar, alambramiento de los campos, surgimiento de estancias empresarias-que pasaron a convivir con las denominadas tradicionales-, conformación de latifundios, entre otros fenómenos característicos del modelo agroexportador que se venía implementando. Lo cual implicó que el régimen de acumulación capitalista–formas de organizar la producción y el consumo- de aquel momento histórico, fue moldeando las instituciones de la sociedad uruguaya (Barrán, 1990 y Méndez Vives, 2011).

Esta primera fase encontró límites y una crisis –económica y financiera, político –militarizando paso a la segunda fase, de tipo urbano y con rasgos democráticos y reformistas (Caetano y Rilla, 1996).

A comienzos del siglo XX, Uruguay se distinguía de la mayoría de los países del continente, lo cual determinó y estructuró su organización política, económica y social de una forma particular, en palabras de Real de Azúa (1964):

frente a la mayor parte de las naciones latinoamericanas, ordenadas en estratificaciones sociales rigurosas, dominadas por una clase terrateniente semifeudal, por una poderosa casta militar y una Iglesia inmiscuida en todas las minucias de la vida secular, el Uruguay del 900 presentaba el espectáculo de una sociedad secularizada, mesocrática y civil (p. 7).

Subsiguientemente, “en la segunda fase, abierta en el 900, habría de sintetizar y proyectar la acumulación precedente en una dirección reformista y democrática”, la cual sería impactada por las crisis del capitalismo mundial, desarrolladas en 1913 y 1929 (Caetano y Rilla, 1996, p.74). Cabe hacer referencia que esta segunda fase modernizadora, se personifica principalmente en la

figura de Don José Batlle y Ordóñez⁵ y su partido (colorado) entre los años 1903 a 1915, donde Uruguay fue tomando los contornos de una sociedad moderna y democrática, asemejándose a lo que en Occidente se llamaría tres décadas después un “Estado de Bienestar”. De esta manera, se fueron dando las bases para una sociedad de tono igualitario, regida por un Estado distributista (Real de Azúa, 1973).

Es en este sentido, que se fueron conformando una serie de reformas en las primeras décadas del siglo XX, con la creación de amplias prestaciones sociales a través del Estado, extensión del sistema educativo, desarrollo de las clases medias, avances mediados por una extendida estabilidad política, y una Iglesia católica con escasa influencia de poder relativo (Morás, 2000). Cabe destacar el rol preponderante que comienza a tener el Estado, principalmente porque se fue consolidando y volviendo efectivo y real su poder de coacción, monopolizando la fuerza física, rol del cual carecía en la época colonial (los grandes protagonistas eran los caudillos).

Son principalmente el loco, el niño, el joven, la mujer y las clases populares, a los cuales éste nuevo modelo debía disciplinar y ajustar (Barran, 1990), para que fuesen funcionales a la lógica que se venía imponiendo. Pues, todo estaba alineado a la configuración de una nueva racionalidad, la cual tenía bien definidos sus objetivos y fines:

la reforma significará en el imaginario de las elites, conciliar una imagen de país “civilizado” con las nuevas necesidades económicas. Una nación moderna era sinónimo de orden, seguridad interna y progreso, atractivo para el desarrollo y diversificación productiva de la burguesía autóctona e ineludible requisito para las inversiones europeas y los empréstitos británicos (Morás, 2000, p.13).

La modernidad trae consigo un modelo de vigilancia, disciplinamiento, corrección y castigo. De manera progresiva la sociedad se va transformando en una organización de tipo mercantil, todo se comienza a medir en términos de beneficio y utilidad, y para ello se buscaba normalizar a las desviaciones. Todo ello se gesta mediante el desarrollo de saberes técnicos en distintas áreas, a ser: en el plano educativo, sistema penitenciario, hospitales psiquiátricos, etc. Es en el devenir de estos procesos, que va consolidándose el saber médico y, dentro de la temática en estudio, la especialidad en psiquiatría y el manicomio (Techera, Apud y Borges, 2009).

⁵ José Batlle y Ordóñez fue una figura que dominó la vida política de Uruguay, accedió dos veces a la presidencia de la República (1903-1907 y 1911-1915), conciliando las aspiraciones de la burguesía modernizadora con los reclamos de las clases populares (Oddone, 1992).

Concomitantemente a comienzos del siglo XX en la sociedad uruguaya, en términos de sensibilidades⁶, transita por un progresivo proceso de secularización, “entendida aquí como el predominio de la ética laica sobre la moral religiosa”. El principal propulsor de estos cambios, estuvo dado por las progresivas conquistas de los conocimientos científicos. Avances que se pudieron constatar en el campo de la medicina, generando antagonismos, entre las explicaciones religiosas y las científicas, virando a favor de esta última, “a medida que la clínica y el método experimental parecen dar cuenta de los principales problemas de la época” (Morás, 2000, p. 190).

El proceso de separación entre la Iglesia y el Estado, fue permitiendo el avance del saber médico en los espacios que eran dirigidos por personas pertenecientes a la Iglesia, pasándose de “cuidar” a “curar”. A mediados de la segunda década del siglo XX, las obras gestadas mediante la cosmovisión de la caridad, evolucionan hacia la gestación de un Estado social con iniciales características de modernidad. A grandes rasgos, el desarrollo de la atención de las personas más desamparadas, en una primera instancia, fue objeto de atención por parte de personal religioso, lo cual fue cambiando entrado el siglo XX, hacia una atención por parte del cuerpo médico que se venía imponiendo, amparándose en el nuevo Dios: los avances científicos, inspirados por una lógica racionalista-positivista (Morás, 2000).

De esta manera, se va forjando y consolidando la institución médica, surgiendo la psiquiatría como disciplina mediada entre la unión del Manicomio Nacional (1860) y de la Facultad de Medicina (1875), donde los procesos de medicalización de la sociedad fueron formando parte del proceso de secularización que comenzó en 1860 (Techera y Apud, 2013). La medicalización, es entendida como el avance del poder médico cada vez más omnipresente en el campo social, consolidándose bajo políticas de Estado. Para poder comprender este fenómeno, se tomarán los aportes de Ortega (2008), la cual plantea que los procesos de medicalización de la vida social constituyeron un aspecto central de la modernidad, imponiéndose en dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina. Se produce la conversión de la salud en un problema político desde el punto de vista de la relevancia de la higiene pública, la revalorización del cuerpo y la moralización, que lleva al control social de la conducta desviada.

⁶ Término utilizado por Barrán (1990), refiriéndose al estudio de la historia de la sensibilidad, es decir “se trata de analizar la evolución de la facultad de sentir, de percibir placer y dolor, que cada cultura tiene y en relación a qué la tiene” (p. 11).

Finalmente, la segunda fase modernizadora –comprendida aproximadamente en las tres primeras décadas del siglo XX- será impactada de manera negativa por dos sucesos internacionales: la Primera Guerra Mundial (1914-1918), y la crisis financiera desatada en Estados Unidos (1929). Estos acontecimientos, servirán a la vez de antecedentes –entre otros aspectos- al desencadenamiento de la dictadura del año 1933, llevada a cabo por el Presidente en ejercicio de aquel momento, Gabriel Terra.

1.2 Primeros abordajes institucionales en torno a la locura en la sociedad uruguaya

En el periodo colonial, extendiéndose hasta comienzos del siglo XIX, los locos formaban parte del paisaje cotidiano, viviendo en la calle, amparados por sus familias o reclusos en prisión cuando cometían actos contra las “buenas costumbres”. En esa época los médicos poseían poca injerencia en los hospitales, instituciones dirigidas por figuras religiosas como las Hermanas de la Caridad (Techera y Apud, 2013). En gran parte del transcurso del siglo XIX, la asistencia hospitalaria en Uruguay, residía en el Hospital de Caridad, cuya estructura y funciones eran heredadas de la época colonial. Dicho hospital, fue fundado por la Hermandad de San José y de la Caridad, basado en prácticas de las históricas Hermandades de Sevilla y Cádiz (Morás, 2000).

A finales del siglo XIX y principios del XX se institucionaliza la figura de la locura en Uruguay, según de León (2013), las primeras internaciones por trastorno mental se remontan al año 1788 en el Hospital de Caridad, ubicado en Montevideo. En el año 1860, surge el primer nosocomio, llamado Asilo de Dementes, ubicado en la quinta de Don Miguel de Vilardebó. Es recién con el nacimiento del Manicomio Nacional, llamándose en 1910 Hospital Vilardebó, inaugurado en su actual emplazamiento en 1880, y la colonia de Alienados de Santa Lucía, abierta en 1912, que se consolidan los dos centros estatales de reclusión de enfermos mentales pobres del Uruguay del Novecientos (Barran, 1994 y Techera *et al.*, 2009). Instituciones emblemáticas, que pasaron a ser referentes en lo concerniente al abordaje de la salud mental en la sociedad uruguaya.

Detrás de la concreción de las mencionadas instituciones psiquiátricas, existían un conjunto de fuerzas, puesto que el objetivo era encauzar y ajustar a la sociedad en su conjunto, bajo la lógica del Estado moderno capitalista, donde el médico jugó un rol preponderante. En palabras de Barran: “el discurso médico del Novecientos se enmarcó dentro de la construcción del Estado moderno,

simplemente porque nació dentro de ella y de un proyecto de dominación y disciplinamiento de las clases populares” (1992, p.174).

Con el pasaje del tiempo la población del hospital psiquiátrico no dejó de crecer, al punto de que en 1910 superó las 1.500 personas. Como forma de atender dicha sobrepoblación, el 12 de diciembre de 1912 se fundó la Colonia Dr. Bernardo Etchepare (Techera y Apud, 2013). Este tipo de instituciones en su génesis se organizaron en torno a una lógica asilar y custodial, donde los pacientes pasaban meses, años o el resto de su vida en ellas. Esa forma de gestión – con muy bajo porcentaje de egresos-, fue la que llevó a que en pocos años el aumento de pacientes fuera exponencial, puesto que el hospital psiquiátrico, fue amoldándose a las necesidades de cada momento histórico –en este específicamente era el modelo asilar-, direccionadas por el cuerpo médico psiquiátrico. En una primera instancia sirvió de laboratorio y luego, como institución disciplinaria, con reglas, conductas, horarios, regímenes, aspirando de esta manera a una función terapéutica (Amarante, 2009).

Desde el momento que el Estado comenzó a dar atención a las personas usuarias del sistema de salud mental⁷ (en adelante personas usuarias), fue desde una concepción muy restringida y estigmatizante, utilizando como solución ante el problema el encierro y el aislamiento. Los derechos de estos individuos eran totalmente cercenados y violentados de manera recurrente, en nombre del avance de la medicina como brazo ejecutor de los lineamientos del Estado burgués del novecientos. El sistema de creencias que define cada época y el modelo socio-económico, tienen gran influencia en la producción de subjetividades y en las formas de comprender y abordar las problemáticas sociales. Uruguay no fue excepción a ello y, respondió ante la locura en una primera instancia, de acuerdo a los modelos asilares y monovalentes de Europa.

1.3 Ley N° 9.581: Organización de la Asistencia a Psicópatas

Enmarcada en el proceso de modernización de la sociedad uruguaya, surge la Ley N° 9.581, la cual data del 8 de agosto de 1936, denominada Ley de Asistencia a Psicópatas. A continuación,

⁷ Se pretende con esta denominación, hacer alusión a las personas que en algún momento de su vida transitan -de manera crónica- o transitaron -de manera pasajera- por un quiebre en su salud mental. Intentando de esta manera bajo la nominación no etiquetar y estigmatizar a una persona por su pasaje por la salud mental, puesto que se parte del supuesto que un sujeto no se define por una categorización psiquiátrica.

se hará una breve mención sobre la coyuntura histórica en la que se desarrolla, para luego realizar una descripción y análisis de la misma.

1.3.1 Breve presentación de la coyuntura histórica en la que se inscribe la Ley N° 9.581. Como se ha mencionado en líneas anteriores, la segunda fase modernizadora desarrollada en Uruguay, será impactada de manera negativa, por dos sucesos internacionales en las primeras décadas del siglo XX: la Gran Guerra, y la Gran depresión. Estos acontecimientos afectaron a los países latinoamericanos, generando reajustes en sus economías y, consecuentemente en sus políticas económicas. Dichos acontecimientos contribuyeron como uno de los factores externos que desencadenaron en la dictadura del año 1933, llevada a cabo por el Presidente en ejercicio de aquel momento, Gabriel Terra. Mediante el transcurso del gobierno dictatorial, surge una nueva relación entre la ecuación consenso/represión (Porrini, 1994), apreciándose ambivalencias en el desarrollo de la misma, puesto que: “las políticas gubernamentales implementadas a partir de la nueva ecuación política (...) marcaron (...) la continuidad de ciertas pautas batllistas, aunque reorientadas en términos generales por un nuevo tono tecnocrático y conservador” (Caetano y Rilla, 1996, p.157).

En ese contexto político enrarecido, se aprueba la primera ley que pasaría a reglamentar la “asistencia a psicópatas” en Uruguay, a continuación, se adentrará en ella.

1.3.2 Descripción y análisis de la Ley N° 9.581. La ley contiene 48 artículos subdivididos en ocho capítulos, sancionada con la firma del presidente en ejercicio de aquella época: José Luis Gabriel Terra y el ministro de Salud Pública, Eduardo Blanco Acevedo. A lo largo de su articulado la ley establece pautas para instituciones públicas, privadas y atención en domicilio -en este trabajo se hará énfasis a las primeras-.

En rasgos generales, la ley delimitó la actuación de los establecimientos psiquiátricos, su dirección, organización interna y contralor. Con respecto a la duración de las internaciones, contemplaba la internación por tiempo indeterminado –característica del modelo asilar al que representaba-. Además, se proponía la creación de: a) una Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, que buscaba resolver las faltas o irregularidades constatadas y proponía mejoras en la asistencia (Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay [IELSUR], 2014); b) la Inspección General de la Asistencia de los Psicópatas, encargada de desarrollar un conjunto

de acciones, con el cometido de ser un ente de contralor ante lo que representaba la asistencia a las personas en calidad de enfermos psiquiátricos. Pasa a ser competencia del Ministerio de Salud Pública (MSP) la regulación de la asistencia, centrándose en la creación de los dos órganos mencionados anteriormente. Estas dos figuras fueron instituidas recién en el año 1988, lo que podría denotar falta de interés –entre otros aspectos- en lo concerniente al control del cumplimiento de la legislación que se viene analizando.

Se puede apreciar en la normativa, en qué casos se podía realizar una hospitalización compulsiva. Es decir, a todo aquel sujeto pobre, una de las poblaciones que hacia foco la nueva racionalidad, que había que moralizar y disciplinar puesto que distorsionaba las “buenas costumbres”. El artículo N° 21 hace referencia a ello:

todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, será admitido sin dilación alguna en los Departamentos de observación, y será considerado como un caso de urgencia (Ley N° 9.581).

Desde una mirada actual, se puede percibir como se vulneraban una serie de derechos humanos esenciales, es que la ley no contenía los requisitos mínimos exigidos para la internación relacionado a determinados aspectos, a ser:

consentimiento informado, requisitos para determinados tratamientos, órgano defensor de los derechos del paciente, administración de medicamentos, reglamentación de la comunicación del paciente con el exterior, exigencia de un plan escrito de tratamiento, exigencias para la historia clínica y duración de la internación (IELSUR, 2014).

Se constata que en reiteradas ocasiones se hace mención al término “peligrosidad”, asociado a la agresividad, es decir un conjunto de estereotipos que se fueron construyendo con respecto a la temática. Percibiéndose, además, como denominaban y rotulaban a las personas objeto de la ley, centrado bajo la perspectiva novel de la psiquiatría uruguaya, nominándolos como: “locos”, “enfermos mentales”, “psicópatas”, “alienados mentales”, etc.

La mencionada legislación es reflejo de la sociedad uruguaya de principios del siglo XX, puesto que respondía a una “sensibilidad civilizada”, donde se encerraba y organizaba el “desorden” que afectaba a las personas “locas”, con lo que se buscaba evitar poner en peligro a los

propios sujetos, y más que nada al resto de las personas “normales”. Es por ello que, en la ley aparece la distinción de régimen de internación abierto y cerrado, según se hayan adoptado medidas restrictivas a la libertad por su peligrosidad. En el capítulo V, denominado: “De la salida de los enfermos psíquicos de los establecimientos psiquiátricos públicos o privados”, se puede apreciar la regulación de las salidas o altas, respecto si representaban o no peligrosidad. Constatándose en la ley el rol preponderante de la figura del médico, como figura de autoridad, con potestad de autorizar, o no, el egreso de los pacientes (Ley N° 9.581).

La ley buscaba reglamentar la atención en relación a la enfermedad mental -la salud mental comenzaba a afianzarse mediante la atención y explicación de una sola disciplina, tratándose a la “enfermedad mental” y, no al sujeto como un todo complejo -, donde el rol del médico psiquiatra en el diagnóstico y tratamiento tenía una gran preponderancia: “la construcción y organización técnica de cada establecimiento psiquiátrico deberán ser ajustadas a los reglamentos que se dicten con sujeción a los principios, generalmente adoptados, de la ciencia psiquiátrica moderna” (Ley N° 9.581, artículo N° 6).

Además, se puede ver reflejado el proceso de secularización que se venía instaurando en la sociedad uruguaya, donde la figura del médico comienza a denotar autoridad y responsabilidad en la especificidad de la salud mental, desplazando de manera paulatina a la antigua autoridad en la materia, acerca de ello:

se entiende por establecimiento psiquiátrico: todo sanatorio o casa de salud sostenido por particulares o sociedades (laicas o religiosas) donde se asista más de un psicópata. Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión (Ley N° 9.581, artículo N° 4).

Se puede observar como lentamente la figura de la medicina comenzaba a tomar protagonismo –en contra posición al rol de los religiosos- en torno al campo de la salud mental. Era un momento de transición, donde convivían los dos tipos de instituciones: la que cuidaba (religiosas), y los que promovían y proponían la cura (médicos), de esta manera, el cuerpo médico fue ganando terreno, subordinando a los actores originarios y sustituyéndolos progresivamente por personal sanitario.

Tomando aportes actuales desde la perspectiva médica, podemos constatar las razones del cuerpo médico del 900 y su ratificación en el discurso actual. Por ejemplo, Casarotti (2015) hace referencia que en aquellos momentos importaba legislar pensando en los pacientes mentales y

teniendo en cuenta la disminución de su autonomía, en pro de defender sus derechos frente a posibles abusos; y proteger a terceros frente de la pasible peligrosidad que éstos ostentan. Donde la ley buscaba prescribir y normalizar, en aquel contexto, la asistencia de los trastornos mentales. “Y en esos objetivos concretos, la sociedad y los psiquiatras, con una perspectiva antropológica común, estaban de acuerdo” (p. 138).

También se incluye en la normativa, la intención de la conformación de patronatos –en forma meramente nominativa-, los cuales deberían brindar protección a los pacientes, una vez que obtuvieran la externación. En el año 1948 se legisla y materializa el dispositivo denominado: “Patronato de Psicópatas”.

1.4 Ley N° 11.139 - Patronato del Psicópata

En 1948, se crea la Ley N° 11.139 -doce años después de sancionada la Ley N° 9.581-, la cual tiene como objetivo darle un cuerpo de normas al bien de los “enfermos mentales”, materializada mediante la creación del Patronato del Psicópata, buscando dar solución a aquellas personas que eran dadas de alta de las instituciones psiquiátricas. Es decir, los aspectos de rehabilitación de los pacientes después de su hospitalización no fueron contemplados por la ley de 1936, siendo abordados por una ley posterior, que crea la figura del Patronato del Psicópata.

Dicha ley, cuenta con un total de 5 artículos, firmada por el Presidente de la República en ejercicio, Luis Batlle Berres, cuyo cometido principal es la protección del enfermo y su familia.

Dentro de sus finalidades, se encontraba:

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, si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos (Ley N° 11.139, artículo N° 1).

Se puede conjeturar que la ley en cuestión es el resultado del accionar del Estado neobatllista –sobre este momento histórico se hará referencia en el próximo capítulo-, el cual continuando con la línea reformista del batllismo, promovió una mejor distribución de la riqueza en pos de un equilibrio social, haciendo especial énfasis en la industria –temática central en ese periodo de tiempo en los países de América Latina-, entre otras líneas programáticas.

Como se puede apreciar, esta normativa utiliza términos despectivos –en su contenido y en su titulación- para referirse a las personas usuarias, puesto que es contemporánea de la ley N° 9.581 y, de esa manera nominaban y etiquetaban a “los otros”, a los “distintos”. Se buscaba asistir a los sujetos y a sus familiares no solo en la externación, sino además durante su internación. Se apostaba a “rehabilitar” a las personas para que volvieran a formar parte de la sociedad, es decir adaptar a estos individuos “incompletos” en esa sociedad de “normales”. De esta manera, se crea un “Hogar-Taller”, para que realizaran trabajos “acordes a sus aptitudes”, donde los proventos de este hogar, serian uno de los recursos para financiar el patronato.

Dicho Patronato, estará dirigido por una Comisión Honoraria (creada en 1948 como entidad público-privado), llamando la atención dos de sus miembros: un delegado de la sociedad de Psiquiatría y un delegado de la Liga Uruguaya Contra el Alcoholismo. En primer lugar un representante del saber médico predominante, que comenzaba a perfilarse como hegemónico; luego se puede constatar una de las causas por las cuales eran internadas las personas en aquellos tiempos: el alcoholismo, considerado como un “vicio social”, con el cual “contaba la clase trabajadora”(Leopold, 2002), puesto que dentro de las funciones de la medicalización instaurada en la sociedad uruguaya, se mandataban formas de vidas moralizantes y, consecuentemente productivas para con la clase obrera –donde los “vicios” no eran tolerados-.

En 1971 por decreto del Poder Ejecutivo N° 117/971, se crea el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP), siendo dependencia del Patronato del Psicópata, el cual busca promover y apoyar la integración a la sociedad de los pacientes psiquiátricos, cualquiera sea su edad; coordinar y planificar a nivel nacional, todo lo referente a la rehabilitación psíquica (Fernández, 2017).

1.5 Primeras leyes en materia de salud mental en Uruguay: conformación y configuración de un campo social

A continuación, en base a lo expuesto a lo largo del primer capítulo, se realizará una breve aproximación acerca de la conformación y configuración del campo de la salud mental uruguayo en el periodo que se viene analizando. En este sentido, se utilizará como insumo para ello, lo que se desprenda de la coyuntura histórica del país y las leyes en materia de salud mental aprobadas hasta ese momento.

En efecto, se aventurará de manera hipotética y en base a la teoría sustantiva abordada, acerca de la conformación del campo⁸ de la salud mental en Uruguay. Dentro de la lógica de los campos se encuentran espacios con estructura, la cual es un estado –en el sentido de momento histórico- de las relaciones de fuerza de los agentes o de las instituciones que se comprometen en el juego, suscitándose luchas que tienden a conservar o a transformar ese campo de fuerzas. Es decir, la estructura del campo, es lo que está permanentemente en juego, donde está en juego la conservación o la subversión de la estructura de la distribución del capital específico (Gutiérrez, 2006). En este sentido, es a partir del momento en que comienza a disputarse la atención de la “enfermedad mental”, es decir, a partir del momento que comienza a delinearse como especificidad –mediante el valor del conocimiento científico– en la figura del médico psiquiatra, que se configura el campo de la salud mental. Dicha especificidad comienza a ser avalada e instaurada como legítima en la figura del médico, mediante la fe ciega que se comienza a tener en la ciencia, basada principalmente en la lógica racionalista-positivista (Morás 2000).

¿Por qué a partir de este momento y no antes? Se entiende que es a finales del siglo XIX y principios del siglo XX –periodo en el cual se institucionaliza la figura de la locura en Uruguay- y no antes, puesto que como se desarrolló a lo largo del presente capítulo, la “atención” de los “locos” en la época colonial era insípida, sea porque no era considerada como una problemática o por otras variables que exceden los parámetros de este trabajo. Es recién en el transcurso del siglo XIX, que se comienza a atender a los “locos” en hospitales de manera tímida –Hospital de la Caridad- bajo la autoridad de figuras religiosas. Es a partir del devenir de la modernidad, en donde se va consolidando el surgimiento de la psiquiatría como disciplina, propiciada por la consolidación de un Estado social, que pasa a gestionar instituciones que antiguamente estaban en dominio religioso. A ello se le denominó proceso de secularización, donde se impone el conocimiento científico como forma de verdad, paradigma al que adhiere el cuerpo médico. De esta manera, la figura del médico comienza a ir desplazando a la figura de los religiosos, en lo relativo a la atención de la salud mental, puesto que el capital de los médicos, ostentaba mayor valor, por los procesos sociales que se venían desencadenando.

⁸ “Espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu, 1987, p. 31).

En palabras de Morás (2000), se puede sintetizar como fue adquiriendo posicionamiento la figura del médico, proceso de medicalización de por medio:

el nuevo personal “a cargo” de las deficiencias y adversidades de los asistidos, serán los “sabios” hombres de ciencia. Definieron con celoso afán –y buena dosis de soberbia- los extensos campos de intervención en materias que, todavía, se resistían a ser totalmente comprendidas con los limitados conocimientos que disponían (p. 195).

Es decir, el campo de la salud mental atravesó en aquellos tiempos, una etapa de conformación y configuración. Dentro de la estructura del campo en análisis de aquel momento histórico, podemos apreciar las posiciones⁹ de los dos agentes que se disputaban el valor del capital¹⁰ en juego: cuerpo religioso subordinado a la nueva jerarquía, es decir el cuerpo médico psiquiátrico.

En tanto a las primeras leyes en la materia, se puede esbozar que las mismas principalmente apuntaban a dos cuestiones que respondían a los procesos que se venían estableciendo en la sociedad uruguaya. En primer lugar, lo relacionado con lo estrictamente disciplinante de la “sensibilidad civilizada” que se venía instaurando, bajo los procesos modernizadores, donde se buscaba encauzar y regular -una forma era mediante el marco jurídico – a aquellos sujetos que no se adecuaban a los nuevos parámetros. En segundo lugar, a lo largo de Ley del Psicópata, se puede observar cómo se consagra y legitima la figura del médico psiquiatra en lo referente a la especificidad- interés¹¹- de las “enfermedades mentales”.

Cabe adelantar, que todo campo social es dinámico puesto que va acompasando el devenir histórico, dinámica que se verá en los próximos dos capítulos, donde se producen definiciones y redefiniciones de las relaciones de fuerza entre los agentes que se comprometen en el juego (Gutiérrez, 2006).

En suma, en el devenir de la instauración de modelo modernizador en Uruguay, el cuerpo médico psiquiátrico, en el proceso de conformación y configuración del campo de la salud mental, obtiene el monopolio de la especificidad de la atención en materia de salud mental, primando el

⁹ “Lugar ocupado en cada campo, en relación con el capital específico que allí está en juego” (Gutiérrez, 2006, p.49).

¹⁰ “Conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden” (Costa, 1976, p.34).

¹¹ En todo campo, como producto histórico, genera una forma específica de interés, -*illusio* para Bourdieu-, siendo la condición necesaria para su funcionamiento (Gutiérrez, 2006).

valor de su capital en juego, siendo éste el fundamento del poder o de la autoridad dentro del campo en análisis.

Capítulo II

Ordenamiento jurídico en materia de salud mental uruguaya: acompasando los cambios coyunturales de la segunda década del siglo XX

El segundo capítulo, se caracterizará por abarcar el periodo comprendido en la segunda mitad¹² del siglo XX, determinado por una serie de hitos históricos nacionales e internacionales que fueron permeando los distintos ámbitos de la sociedad uruguaya. En lo concerniente a la temática de la salud mental, se presentarán recomendaciones, que instan a Uruguay y, a los países de América Latina a revisar sus prácticas en torno al tratamiento de la misma. Entre las más destacadas, se abordarán: Informe Chanoit de 1966; Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma - Ata de 1978; el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 1986, el cual buscó conjugar y acompasar el conjunto de cambios que se venían desplegando en materia de salud mental en Uruguay; la Declaración de Caracas de 1990 y; por último, el Informe de 1995 de la ONG Mental Disability Rights Internationalm.

Es por ello que, no solamente en Uruguay, sino que a nivel regional e internacional se comienzan a gestar, aproximadamente en los años sesenta y setenta, movilizaciones desplegadas por un conjunto de organizaciones en pro de los Derechos Humanos de las personas usuarias, poniendo la temática en la arena política. Se denunciaba –y se sigue denunciando- la situación de las personas en los hospitales psiquiátricos, proponiendo modelos de atención alternativos mediante la modificación de normativas, instituciones y conductas que no condecían con la dinámica social: cuestionándose la viabilidad y/o vigencia de continuar con el paradigma de atención manicomial.

Por último, se analizará a través de la mirada de Bourdieu, como se fue desarrollando la dinámica dentro del campo de la salud mental uruguayo con la incorporación de nuevos agentes sociales, todo ello en base a lo expuesto a lo largo del presente capítulo.

¹² Son periodos aproximados, puesto que hay procesos de décadas anteriores que se continúan a partir de la segunda mitad del siglo XX, que son necesarios retomar para continuar hilando el recorrido analítico.

2.1 Acontecer socio-histórico en la segunda mitad del siglo XX uruguayo

En el transcurso de las décadas de los cincuenta y sesenta, los países latinoamericanos, condicionados por su matriz productiva, debieron readaptarse a los devenires internacionales – crisis del año 1929 en EEUU, dos guerras mundiales-. Ante esta situación dichos países desarrollaron estrategias de producción adaptativas a los avatares internacionales que condicionaban su sostenimiento económico. Es por ello que, aproximadamente entre los años 1950 a 1973, se impulsa un modelo de desarrollo económico denominado Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI). A pesar del desolador panorama, “la recuperación (...) mostraba hacia los años cincuenta un mundo en formidable expansión económica y social” (Caetano y Rilla, 1996, p.170).

En torno a estos acontecimientos y en conjunción con las lógicas internas de Uruguay, propician el retorno reformista –primer reformismo fue el denominado batllismo- en materia política:

la prosperidad económica, la euforia aliadófila y pronorteamericana¹³ que acompañaron el fin de la Guerra, la ratificación masiva de la matriz ideológica liberal, el fortalecimiento del Estado y su rol arbitral-componedor, el crecimiento del producto bruto industrial frente al contrapuesto estancamiento ganadero, la evolución hacia una sociedad cada vez más urbana y mesocrática, la propia reconstrucción de la unidad colorada bajo la hegemonía batllista, entre otros fenómenos y procesos que resultaban característicos del Uruguay de la posguerra, apuntaban a facilitar y aun a estimular una restauración neobatllista (Caetano y Rilla, 1996, p. 170).

De esta manera, durante el mandato de Luis Batlle Berres¹⁴ Uruguay ensaya su performance en el sector industrial –posibilitando un frágil y condicionado desempeño-, en palabras de Caetano y Rilla (1996): “el avance de la industrialización fue el marco fundamental de la reanudación del proceso reformista. Las condiciones externas e internas se anudaron

¹³ El fin de la Segunda Guerra Mundial, daría por consolidado un cambio de hegemonías en el mundo capitalista, pasando a dominar la Pax americana, dejando atrás largos años de Pax británica.

¹⁴ “El momento cumbre de la restauración reformista se vivió durante los años de la presidencia de Luis Batlle Berres (1947-1951), vicepresidente de la fórmula victoriosa en las elecciones de 1946, que había accedido a la Primera Magistratura ante la muerte de Tomás Berreta” (Caetano y Rilla, 1996, p. 175).

fuertemente para dinamizar la actividad industrial, que aumentó su rentabilidad y su participación en el producto” (p. 170).

Como es sabido, dicho auge del sistema capitalista tuvo su punto de quiebre –como todo ciclo económico-, el cual demostró que “a comienzos de los setenta, la economía capitalista mundial ingresaría en una fase crítica caracterizada por la caída de la rentabilidad de los negocios (...), una crisis energética (a partir de la triplicación de precio del petróleo en 1973)” (Caetano y Rilla, 1996, p. 199), entre otras consecuencias, lo cual significó la caída de la bonanza económica desarrollada por esos años.

Dicha crisis, tuvo sus repercusiones a nivel mundial, donde se puede señalar como factor coadyuvante –entre otros tantos factores, dados por las características intrínsecas de cada país- a la oleada dictatorial que se instala en latinoamérica en las últimas décadas del siglo XX –durante ese periodo principalmente en los países del cono sur-. En tanto, Uruguay no es ajeno a dicha situación y, muy a pesar de ello:

el desenlace de la crisis uruguaya expresado en el golpe de Estado había cobrado una significación que trascendía los límites del país. Tal vez como en pocas oportunidades, el Uruguay quedaba asimilado a la pulsación dramática de América Latina y en apariencia enterraba su “singularidad” de la que tantas veces había hecho caudal (Caetano y Rilla, 1996, p. 255).

Bajo el mandato de gobiernos militares, es a partir de la década de los ochenta que en América Latina, las teorías concernientes al desarrollo tomaron un rumbo distinto, direccionándose hacia la lógica del denominado “Consenso de Washington” –constituyendo un paquete de reformas socioeconómicas de cuño neoliberal-; donde el papel de las políticas públicas: focalización en los más pobres, descentralización de los servicios de salud y educación, privatización de la seguridad social y de activos públicos, etc., se debió ajustar a una agenda de reformas sociales llevadas a cabo por las agencias financieras internacionales.

En la década de los noventa, ya se encontraba instalado el paradigma hegemónico de bienestar social de carácter residual¹⁵, reflejo del mencionado consenso (Barba, 2004). Cabe destacar que cada país en el concierto de América Latina, según su historia institucional, adhirió

¹⁵ El paradigma residual se caracterizó entre otros aspectos, en los siguientes ejes: respeto a la libertad de mercado y la consecuente atribución el papel en la generación y distribución de bienestar, considerando al crecimiento económico como el mecanismo fundamental para reducir la pobreza; deslocalización como la adquisición de capacidades que le eran exclusivas al Estado –diseño, financiamiento y evaluación de programas sociales- a nuevos actores (Barba, 2004).

de manera ortodoxa o moderada a dicho paradigma. En el caso de Uruguay –ya bajo gobierno democrático-, dado sus características institucionales, dio por resultado un Estado social de tipo híbrido, caracterizado por un sistema de políticas sociales, conformadas por un lado con un régimen de seguridad social y de salud montado sobre el mercado de empleo formal, y por otro, políticas universales en materia educativa y políticas de asistencia orientadas al alivio de la pobreza (Midaglia y Antía, 2011).

Este breve recorrido realizado por los acontecimientos socio-históricos más destacados acaecidos en la segunda mitad del siglo XX en Uruguay, marcan el escenario necesario para comprender una serie de avances en tanto a la atención de la salud mental, es por ello que a continuación se hará referencia a las modificaciones, con sus avances y retrocesos, cuyo énfasis radica en el cuestionar la viabilidad y/o vigencia del modelo asilar.

2.2 De informes, tratados y planes en materia de salud mental: aggiornamento del marco jurídico

Uruguay venía transitado por un progresivo deterioro en la atención de las personas usuarias, expresado en el alto porcentaje¹⁶ de internaciones en las instituciones asilares, así como a un progresivo desmejoramiento en cuanto a la atención y, condiciones edilicias. Se puede señalar como algunos de los aspectos que pueden explicar este fenómeno, la gran afluencia de pacientes desde distintos puntos del país hacia Montevideo, por la inexistencia de equipos de salud en el área de salud mental en el interior del país; la esencia predominante en este tipo de instituciones asilares –encierro y confinamiento- impidiendo el egreso fluido de pacientes, pasando a ser internaciones de meses, años y/o de por vida, transformando a los pacientes en dichas instituciones como incurables.

En la sociedad uruguaya y a nivel internacional, ciertos actores comienzan a denunciar, demostrando preocupación y ocupación ante la atención de esta problemática denominada “locura”. Es por ello que surgen un conjunto de pronunciamientos que irán incidiendo –generando antecedentes- y, a largo plazo irán modificando la situación de la atención en salud mental, adaptándose –o intentando- a los distintos cambios sociales, culturales, económicos, políticos e

¹⁶ En la segunda mitad de siglo XX las Colonias psiquiátricas y el Hospital Vilardebó llegaron a asilar alrededor de cinco mil personas, una tasa de internados de dieciocho pacientes cada diez mil habitantes (Techera *et al.*, 2009).

históricos que se venían desarrollando en la sociedad uruguaya, dando prioridad a la Atención Primaria de Salud, abocándose en la salud propiamente dicha y no sólo a la enfermedad, mediante la prevención y atención en comunidad, generándose salas de atención psiquiátrica en hospitales generales del país, mediante procesos paulatinos y progresivos.

A continuación, se realizará una escueta presentación del marco jurídico nacional e internacional¹⁷y, su incidencia global en materia de salud mental.

2.2.1 Informe Chanoit. En el año 1966, un consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Pierre Chanoit, lleva a cabo un documento denominado “Informe sobre Salud Mental en Uruguay”, el cual es el resultado de un recorrido y análisis acerca de las instituciones psiquiátricas en dicho país. El mencionado documento pasará a ser un antecedente importante para denunciar y concientizar respecto de las condiciones en las que se encontraban las personas internadas tanto en el Hospital Vilardebó, como en las Colonias Dr. Santín Carlos Rossi y Dr. Bernardo Etchepare.

Chanoit en su informe hacía referencia a como la sociedad uruguaya consideraba al paciente mental: “un estorbo”, encargándose de ellos mediante el encierro en asilos, “sustraído a la vista de la población”. En el mismo se denunciaba que en esos lugares no se podía hablar de la existencia “de terapéuticas”, reflejado por los magros presupuestos asignados, donde el paciente “no se cura, llegando a un consenso generalizado de que las enfermedades mentales son incurables”. Es por ello que, con dicho informe se termina instando al poder público, los cuales “tienen el deber de intervenir”, mediante la creación de nuevos asilos o “enfrentándose con el problema” (Gines, 2003, p.177).

Se constatan en el documento una serie de denuncias al modelo asilar –hacinamiento, encierro sin o nula terapéutica, inexistencia de programas de prevención y promoción de salud mental, etc.-, el cual no se adecuaba y no estaba a la altura de los cambios acaecidos. Es por ello que, en esta etapa de la historia de la salud mental juegan un rol preponderante otros actores –que comienzan a consolidarse de manera paulatina-, cuyo accionar incide años más tarde en el PNSM y en la Ley de Salud Mental del año 2017.

¹⁷ Cabe mencionar que dicha presentación no es exhaustiva, se hará referencia sobre aquellos que se consideran más representativos para la temática abordada.

2.2.2 Declaración de Alma-Ata. Uruguay junto a 143 países firma y ratifica la Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, desarrollada en Alma-Ata, URSS, durante el 6 al 12 de septiembre de 1978, en la cual se definen las estrategias de atención primaria de salud a nivel internacional, suscripta por la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En su articulado, se encuentran un conjunto de aspiraciones para que los Estados de la Comunidad Internacional, promuevan, prevengan y protejan la salud como un Derecho Humano fundamental. Su énfasis radica en la atención primaria de salud, la cual “es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”, puesto que “representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud” (Declaración Alma-Ata, 1978).

Mediante esta declaración, se exhorta a los países adherentes –entre ellos Uruguay- a que hagan foco en la atención primaria de salud, puesto que mediante este proceder se busca prevenir y promocionar la salud del conjunto social. Recomendación que toma y aplica de forma paulatina el PNSM.

2.2.3 Plan Nacional de Salud Mental. Antes de comenzar a analizar el PNSM propiamente dicho, es pertinente en primer lugar hacer énfasis en los antecedentes que llevaron a su consolidación en el año 1986, es decir, hacer referencia al Informe Chanoit, la Declaración de Alma-Ata, el Plan de Salud Mental de 1972, y a la Comisión de Salud Mental, llevada a cabo por la Sociedad de psiquiatría en el año 1984. Todos estos pronunciamientos nacionales e internacionales, se conjugaron con la movilización de la sociedad civil a partir de la reapertura democrática, posibilitando su surgimiento, buscando la implementación de los cambios que se venían construyendo.

Entre los años 1973 a 1985, se produce un paréntesis en cuanto a modificaciones en materia de salud mental, puesto que en ese periodo se desarrolla como anteriormente se ha hecho referencia, una dictadura cívico-militar en Uruguay, donde la sociedad fue sometida a un gobierno despótico, siendo sus derechos civiles y políticos cercenados. Es recién a partir de la reapertura democrática, que oficio de momento propicio, para comenzar a gestar políticas públicas dirigidas a la salud mental. Desde la Concertación Nacional Programática y la Comisión Nacional de Salud

Mental (1985), con la participación de más de 20 organizaciones e instituciones¹⁸ vinculadas a la problemática, se construye el PNSM, aprobado en el año 1986 por el MSP (De León, 2013).

Puesto que, desde el Estado no existía ninguna iniciativa de modificación respecto a la salud mental –ya sea mediante voluntad política o con mayor asignación presupuestaria-, es desde otros ámbitos, que se busca visibilizar la problemática, para de esta manera incidir en la concreción de modificaciones. Cabe mencionar que no fue un proceso lineal, el cual contó con sus marchas y contramarchas, mediante la movilización de grandes sectores de la sociedad civil organizada en sindicatos, asociaciones científicas - académicas y profesionales de distintas disciplinas, agrupaciones de usuarios y familiares, todos ellos cumplieron un papel preponderante, dando como resultado la materialización del PNSM, surgiendo como resolución del MSP.

El PNSM daba un diagnóstico de la situación en cuanto a salud mental en Uruguay post-dictadura: “actualmente la asistencia Psiquiátrica se caracteriza por un marcado grado de pauperización, fragmentación organizativa y centralización geográfica inadecuada, con cobertura insuficiente, contando con escasos recursos, entre otros humanos, y éstos parcialmente calificados” (PNSM, 1986).

Dicho programa encausó sus principios en tres direcciones: en primer lugar, se reconoció a la atención primaria en salud (Declaración de Alma-Ata) como la estrategia principal a seguir, conformada por acciones de promoción, prevención y asistencia primaria en comunidad. En segundo lugar, se incluyó la creación y desarrollo de unidades de salud mental en los hospitales generales. Por último, se apuntó al desarrollo de nuevos modelos de asistencia de personas que padecen episodios psicóticos u otros trastornos mentales.

Dentro de los objetivos, se trazaba la:

atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención (PNSM, 1986, p. 7).

¹⁸ Elaborado por una comisión interinstitucional, formada a tales efectos, integrada por: DIGESA-MSP, Programa de Salud Mental del MSP, Direcciones de los Hospitales Psiquiátricos, y de las Colonias, Profesores de las Cátedras de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Asociación de Psiquiatras del Interior, Asociación de Psiquiatría Infantil, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, Sindicato Médico del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Escuela Universitaria de Enfermería, Escuela Universitaria de Servicio Social, Escuela de Sanidad “Dr. J. Scoseria”, Dpto. Central de Enfermería, Escuela Universitaria de Psicología, Facultad de Medicina.

El plan se asentó principalmente en el sector público de salud. Se obtuvieron una serie de modificaciones, como la creación del Área en Salud Mental, la Residencia Médica Hospitalaria en Psiquiatría, la descentralización del servicio y el desarrollo de la atención psiquiátrica en el interior del país. Esta última se relaciona con la reestructuración de las Colonias psiquiátricas y el Hospital Vilardebó y, con la creación de centros de rehabilitación. Surgen y toman importancia a nivel público diferentes instituciones de asistencia, como el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (fundado en 1972, a cargo del Patronato del Psicópata), el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, el Centro Sayago, el Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (CIPRES) (Techera *et al.*, 2009).

Además, cuestionaba y polemizaba con el modelo médico hegemónico, apuntando hacia: “un modelo asistencial centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental implícita, en mayor o menor grado, en el actual modelo centrado en los hospitales psiquiátricos” (PNSM, 1986, p. 8). Con ello se buscaba desestimar la hospitalización innecesaria y su promulgación, habilitando la atención a formas distintas a las desarrolladas, promoviendo la estadía del paciente en su lugar de residencia y en contacto con sus familiares, posibilitado, mediante la progresiva consolidación de los centros de salud mental en el interior del país.

A mitad de la década de los noventa se operan algunos cambios en las estructuras de Asistencia (contexto de desarrollo del neoliberalismo), entre ellos mencionar el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto¹⁹ (1966), reestructurando el Hospital Vilardebó como hospital para el tratamiento de enfermos agudos y los enfermos crónicos en su mayoría serían asistidos en las Colonias psiquiátricas, redistribuyéndose los recursos humanos en los centros de salud públicos – conformándose los Equipos Comunitarios de Salud Mental-, mediante once equipos de salud mental en Montevideo y veinte tres en el interior del país (Techera *et al.*, 2009); intensificándose los procesos de desinstitucionalización de personas con padecimientos psiquiátricos sin dispositivos de inclusión social y atención intermedia (De León, 2013). Por este aspecto –y por otros- se hace referencia a que la implementación de las normativas ha tenido sus avances y

¹⁹ Desde el periodo comprendido entre los años 1981 y 1996, se habilita el Hospital Musto. En dicho periodo de tiempo el Hospital Vilardebó transita por una reducción de pacientes asilados, con escaso ingreso de los mencionados en estado de crisis. La decisión de traslado de pacientes del antiguo hospital al nuevo no contó con la participación y dialogo de los actores involucrados, decisión característica del momento histórico que transitaba Uruguay –últimos años de dictadura militar 1973-1985-, lo cual generó segregación, distanciamiento, tratamiento limitado a la crisis de los pacientes (Gines, 2003).

retrocesos en cuanto a mejoras reales y palpables en materia de Derechos Humanos para las personas usuarias.

Cabe mencionar, que las normativas que se fueron aplicando de manera progresiva, reflejaron una disminución en el número de internados. Entre las posibles razones, se puede aludir a que a partir de los años cincuenta se instaura el tratamiento psicofarmacológico en Uruguay, trayendo importantes cambios en el abanico de terapéuticas que se desarrollaban en aquellos tiempos (Techera y Apud, 2013); además de la aplicación y desarrollo de procedimientos psicosociales y de rehabilitación y, el bloqueo progresivo de la emigración forzada (desde todas las ciudades y pueblos del territorio nacional al Hospital Vilardebó y a las Colonias psiquiátricas), por el despliegue de la asistencia psiquiátrica en los departamentos del interior del país –con sus restricciones y limitantes-.

2.2.4 Declaración de Caracas. Llevada a cabo el 14 de noviembre de 1990, en Caracas, Venezuela. Su objetivo viraba hacia la pronunciación acerca de la reestructuración y superación de la atención psiquiátrica en América Latina, instando a los distintos actores de la salud mental a replantearse la atención convencional psiquiátrica, abriendo otras opciones para modificarla, abogando hacia una “atención comunitaria²⁰, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”, haciendo énfasis en la Atención Primaria de Salud (Declaración de Alma-Ata) y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud, permitiendo la promoción de modelos alternativos basados en la comunidad y sus redes sociales (Declaración de Caracas, 1990).

Cabe mencionar, como un aspecto de gran importancia respecto a los contenidos de la mencionada declaración ante los cuales Uruguay se adelanta a pronunciarse y a materializarlos mediante el PNSM. Avances propuestos por la importante movilización de distintos actores sociales, como se mencionó anteriormente, en pos de una salud mental alternativa al manicomio.

2.2.5 Informe de la Mental Disability Rights Internacional. En el año 1995, la ONG Mental Disability Rights International, presenta un informe sobre el estado de situación denominado: “Derechos humanos y salud mental en el Uruguay”, reflejándose el maltrato general

²⁰ A nivel internacional se insiste cada vez más en la conveniencia de que el usuario no sea apartado de la comunidad en que vive cuando se lleva adelante un tratamiento psiquiátrico, ya que su alejamiento afecta sus derechos y su recuperación, aspecto recogido en el PNSM (IELSUR, 2014).

de los internados, el exclusivo uso de psicofármacos y electroshocks y, la falta de personal especializado. Por medio de este informe, se recomendaba al Estado uruguayo profundizar en estrategias alternativas y comunitarias, ajustándose a los principios de salud mental de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Además, exhortaba revisar la Ley N° 9.581 de Asistencia a Psicópatas, del año 1936, vigente en aquel momento, exigiendo el *aggiornamento* en materia de derecho internacional y Derechos Humanos, en pro de la creación de redes de asistencia, conteniendo desde la comunidad a los padecientes y, a sus familias (Techera *et al.*, 2009).

Esta breve presentación en torno a las recomendaciones internacionales y acciones que ha venido tomando el Estado uruguayo –accionar desarrollado por las demandas de la sociedad civil– relacionadas a la salud mental, intentan dar cuenta del devenir de nuevos actores que denunciaban y se ocupan de dar visibilidad a una serie de demandas alineadas a los nuevos desafíos, que apuntaban al cuestionamiento y, se pronunciaban afines a un cambio de paradigma en atención de las personas usuarias.

2.3 Acceso de nuevos agentes sociales al campo de la salud mental

A continuación, en el último apartado del segundo capítulo de este documento, se intentará mediante los aportes teóricos de Bourdieu, exponer la dinámica por la cual transitó el campo de la salud mental en Uruguay en la segunda mitad del siglo XX, momento en donde se incorporaron nuevos agentes sociales al mismo. Para ello se utilizarán los acontecimientos históricos y, las modificaciones y avances en el marco jurídico expuestos en el presente capítulo.

Como se mencionó en el anterior capítulo, es el cuerpo médico psiquiátrico quien adquiere una posición jerárquica y, consecuentemente de poder en el campo de la salud mental, alrededor de principios del siglo XX, posición que obtiene mediante pujas por la especificidad en la atención en materia de salud mental, mediante el valor del capital que ostentaba –conocimiento científico– en detrimento del capital del cuerpo religioso, considerado con la posesión de un capital de menor valor; puesto que Uruguay fue transitando por un proceso de secularización, donde el rol médico adquirió cierto estatus, mediante los procesos de medicalización de la vida social que se fueron instaurando.

Pero todo campo social es dinámico, y en el caso concreto que se viene analizando, es en las últimas décadas del siglo XX, que se desarrolla una alianza en pos de la atención en salud

mental, incorporándose nuevos agentes, generando un consenso con el cuerpo médico psiquiátrico. En efecto, en las décadas de los sesenta y setenta, se puede observar la inscripción de nuevos agentes en el campo de la salud mental, presentando una serie de reivindicaciones y pujas, en consonancia a los cambios que se venían gestando en la materia a nivel regional. Dichas reivindicaciones deben ser suspendidas y retomadas en la década de los ochenta, superado el gobierno dictatorial en Uruguay, momento propicio donde se conjugan en la Concertación Nacional Programática y la Comisión Nacional de Salud Mental, del año 1985.

El interés de este nuevo agente social giraba en torno a reivindicar mejoras en las condiciones y en la atención de las personas usuarias, poniendo sobre la mesa un conjunto de recomendaciones y declaraciones, a las cuales el Gobierno uruguayo venía ratificando –solo a nivel normativo-.

Es a través de la entrada en el campo de la salud mental de nuevos agentes, y la confluencia de éstos con los ya instalados –parte del cuerpo médico psiquiátrico-, mediante reclamos y pujas, que comenzaban a cuestionar la viabilidad de la lógica asilar, lo cual todo ello decanta mediante un aggiornamiento en materia normativa, en el PNSM del año 1986.

En resumen, el devenir de la segunda mitad del siglo XX, en el campo de la salud mental uruguaya, encuentra a nuevos agentes sociales en conjugación con el cuerpo médico psiquiátrico, mediante el valor de sus capitales, confluyen en pos de alcanzar mejoras en torno a la atención a la salud mental, puesto que conciliaron en un interés en común de manera estratégica²¹.

²¹ La noción de interés permite comprender la práctica en términos de estrategia (Gutiérrez, 2006).

Capítulo III

Ley de Salud Mental N° 19.529: ¿hacia un cambio de paradigma o readaptación del modelo asistencial psiquiátrico?

En el último capítulo, el trabajo se centrará principalmente en recorrer el camino que se ha emprendido hacia la aprobación en 2017, de la Ley de Salud Mental N° 19.529. Para ello, se presentarán los antecedentes y sucesos a nivel internacional y regional, desarrollados durante las últimas décadas del siglo XX. Luego se hará énfasis en los acontecimientos a nivel nacional: con ratificaciones de nuevas declaraciones regionales y, la presentación de los actores preponderantes en la puja por la creación de la mencionada ley, situados en las primeras décadas del siglo XXI. Todo ello, sin perder de vista, las vicisitudes económicas y políticas que se suscitaron en las primeras décadas del presente siglo, las cuales incidieron en los resultados a los que se arribaron. Luego, se realizarán ciertas apreciaciones respecto a las características de la nueva ley aprobada.

Por último, se expondrá de acuerdo al devenir histórico y normativo expuesto en el presente capítulo, a grandes rasgos, como se reconfigura el campo de la salud mental en Uruguay en las primeras décadas del siglo XXI, con la aprobación de la Ley de Salud Mental.

3.1 Sucesos a nivel nacional

Uruguay a principios de los 2000, tuvo que afrontar una nueva crisis económica de alcance mundial, la cual trajo aparejado un conjunto de consecuencias negativas en todos los ámbitos de la sociedad. Es decir, en el periodo comprendido desde la salida de la dictadura en 1985, hasta el primer lustro del nuevo milenio, la sociedad uruguaya fue transitando por distintos estadios, determinados entre otros factores, por el económico principalmente, repercutiendo en el resto de los ámbitos sociales:

en los últimos veinte años tres etapas diferentes: la primera, entre 1985 y 1994, caracterizada por el marcado crecimiento de la economía (...); la segunda entre 1995 y 1999, pautada por el estancamiento en la mejora de los indicadores sociales referidos a la pobreza y la igualdad; la última, entre 2000 y 2003, definida por la duplicación del porcentaje de población en situación de pobreza (de Armas, 2005, p.270).

Luego de presentado este brevísimo panorama económico, se hará referencia a los cambios que acontecieron a nivel político y, sus efectos en el ámbito de la salud mental. En la primera década de los años 2000, Uruguay transita por una serie de cambios y reformas, propiciados desde el ámbito político-estatal, es decir, en el año 2005 asume en el gobierno nacional, por primera vez en la historia de dicho país, un partido de izquierda²², apostando a una serie de reformas en materia de políticas públicas²³ y, contemplando dentro de ellas el ámbito de la salud en general y, mental en particular.

En lo concerniente a reformas en materia sanitaria general, destacar la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), comenzando a instrumentarse en el año 2007. Dentro de sus objetivos es necesario destacar que se apostó a la universalización del acceso a los servicios sanitarios, para ello, se modificó el funcionamiento y la organización del sector salud en tres niveles: modificación del modelo de atención de la salud, en procura de fortalecer el primer nivel de atención (Declaración de Alma-Ata, prevención y promoción de salud) ante la opción curativa que imperaba; una nueva forma de gestión, que promueve la articulación de los servicios públicos y privados, conformándose la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y, por último, con respecto al financiamiento, se crea el Fondo Único de Salud (FONASA), recepcionando los aportes de los trabajadores, empleadores y del Estado (Midaglia y Antía, 2011).

En tanto a modificaciones en materia de salud mental, en el año 2011, con el Decreto 305/11, se incorporan servicios mediante el “Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud”. Sus líneas de trabajo, son la prevención, la promoción y la detección precoz de patologías, haciendo énfasis en la rehabilitación, aspiración a superar el hospital psiquiátrico integrando a los pacientes a su medio original. Dicho plan está estructurado para abarcar a cierto grupo poblacional y en determinadas formas de atención médica²⁴ (Ottonelli, 2013). Además, cuenta con las intenciones de abrir el espectro de prestaciones en salud mental, que deben desarrollar todos los prestadores integrales de salud, pero que, llevado a la práctica, ha distado mucho de sus intenciones originales. Entre otros aspectos, según

²² Partido político denominado Frente Amplio, el cual se ha mantenido en la presidencia durante tres periodos consecutivos de gobierno (desde el año 2005 hasta la finalización –marzo de 2020- del actual mandato de Tabaré Vázquez).

²³ En los países caracterizados por ideologías de gobierno progresista, el Estado está más presente en la provisión de bienestar –caso de Uruguay -, realizando una mediación sobre el mercado (de Pena y Silva, 2017).

²⁴ Por mayor información sobre dicho plan, acceder a: Fernández, B. (2017). “Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista”. Montevideo, Uruguay. CSIC-UdelaR.

Fernández (2017), no ha significado un proceso de reforma de la matriz de bienestar en Uruguay, sino una reorientación de las prácticas sanitarias de tipo focalizado, donde, el sistema de atención psiquiátrica preexistente ha quedado intacto.

3.2 Devenir internacional y regional en lo referente al cambio de paradigma de atención en salud mental: pasaje del modelo psiquiátrico al modelo comunitario

Tanto EEUU y Europa, en las décadas de los sesenta y los setenta respectivamente, fueron pioneros en las re-estructuras que tuvieron como fin el abandono del manicomio y del hospital psiquiátrico, por modelos alternativos en torno a la atención en comunidad. A modo de ejemplo, en el caso italiano, se aprueba en Trieste la Ley N° 180, en 1978, la cual significó una reforma psiquiátrica impulsada por el psiquiatra Franco Basaglia, promoviendo la democratización de la atención psiquiátrica y la clausura de hospitales monovalentes, donde en su lugar se organizaron redes de atención de ayuda mediante actividades terapéuticas en espacios comunitarios abiertos, prohibiéndose la internación de personas en contra su voluntad, proponiéndose el cierre progresivo de hospitales psiquiátricos, vedándose la opción de construir nuevos. Estos procesos, tuvieron un impacto reducido en nuestro país, dada la censura existente – última dictadura uruguaya -, puesto que estos movimientos y reformas viraban contra las instituciones de encierro y de vulneración de Derechos Humanos (De León, 2013; Palacios y Iglesias, 2017).

Retomando lo mencionado en el anterior capítulo, es recién en la década de los ochenta y noventa que se inician los procesos de reforma en la atención a la salud mental en latinoamérica, contando con mejor clima político que propició para que comenzaran a germinar las declaraciones internacionales. A modo de ejemplo, se hará referencia a los casos de Argentina y Brasil.

Específicamente en Argentina el proceso de Reforma Psiquiátrica tuvo impulso Provincial, en primer lugar, en la Provincia de Río Negro a fines de la década del 80, destacándose por su iniciativa en pro de la desmanicomialización, incluyendo programas de inclusión laboral para personas con “sufrimiento mental”, cierre de neuropsiquiátricos, promoción del tratamiento comunitario y prohibición de terapéuticas invasivas, proponiendo una gama de terapéuticas alternativas al hospital psiquiátrico. Se desarrolló la clínica comunitaria, denominada clínica de la desmanicomialización, la cual:

expandió sus prácticas donde viven, padecen y se curan las personas –en el trabajo, la escuela, el domicilio o el barrio-; que intentó transformar las relaciones de poder, de tal forma que el usuario y su grupo se hicieran parte de las estrategias terapéuticas que los involucraban, con voz y voto sobre su vida y tratamiento, con potencia de creación y de sanación consigo mismo y con otros (Natella, 2017, p.256).

Todo ello expresado en la Ley N° 2440, de 1991. Dicha iniciativa tuvo resonancia y desarrollo en otras Provincias, a ser: en San Luis 1993; en la Ciudad de Buenos Aires se sancionó la Ley n° 4458 de Salud Mental en el año 2000 y, en el 2011, se votó en Buenos Aires la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (De león, 2013). Esta última reglamentada en mayo de 2013, la cual asignó un lugar en la toma de decisiones al equipo interdisciplinario, provocando fuertes resistencias del equipo médico hegemónico (Stolkiner, 2017). Una de las propuestas de proyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay –fueron dos-, se abocaba dentro de esta línea, es decir, además de proponer superar el manicomio, tener como referente jerárquico a un equipo interdisciplinario, tratando de quitar protagonismo al rol de la medicina-en unas líneas más adelante, se retomará este punto-.

En tanto, en Brasil el proceso de reforma en torno a la salud mental se fue desarrollando entre los años 1978 y 1980, al cual acudieron organizaciones, como el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental, llevando a cabo el proyecto de reforma, confrontando el saber psiquiátrico tradicional. Además, surgen movimientos cuyos protagonistas son los usuarios y sus familias, que comienzan a exigir y a incidir en el campo político de la salud mental. Dentro de la desinstitucionalización se crean los Centros de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención Psicosocial. El proceso de reforma se relacionó con la oposición a la dictadura militar (1964-1985). En 2001 se aprueba la Ley N° 10.216, con cambios respecto a la atención de salud mental, enfocada a la atención comunitaria, la inclusión social, y la búsqueda de autonomía de las personas (Amarante, 2009).

Cabe mencionar, que en la actualidad se vienen dando en los países de la región, una escalada de gobiernos de derecha, lo que lleva a presumir el desencadenamiento de una serie de retrocesos respecto a los avances alcanzados en la temática abordada. Es decir, generalmente las ideologías de gobierno más conservadoras en la política económica inclinadas a la doctrina del

liberalismo económico (casos de Argentina y Brasil), el rol del Estado es mínimo en la regulación de la equidad social (de Pena y Silva, 2017).

3.3 Antecedentes de la Ley de Salud Mental N° 19.529

Uruguay adhiere a nuevos tratados regionales e internacionales, que abogan por un cambio de paradigma en salud mental. Además, cabe destacar el trabajo de años de diversas organizaciones de la sociedad civil en pro de que la temática tome visibilidad y sea parte de la agenda política. Anteriormente se ha hecho referencia a los procesos que han venido transitando algunos países de la región en la materia, donde Uruguay no ha sido la excepción. A continuación, se trazarán –de manera escueta- las rutas por las que fue incursionando para arribar a la actual legislación.

3.3.1 Ratificación de nuevas normativas regionales. En el año 2005, se desarrolla en Brasilia lo que se denominó: “Principios de Brasilia, Principios Rectores para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas”. La misma tenía como cometido evaluar la situación de la región en materia de los servicios de salud mental a 15 años de la Declaración de Caracas, destacando que: se han producido avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica; referenciando a la Declaración de Montevideo, la cual aporta orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud; la OMS ha formulado principios rectores que viran hacia la reforma de la atención de Salud Mental a nivel global, entre otros. Dicha declaración hacía hincapié en la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos (Principios de Brasilia, 2005).

Por otro lado, en el año 2010, en la ciudad de Panamá se desarrolló el Consenso de Panamá (OPS/OMS), convocando a una Conferencia Regional de Salud Mental., donde se hacía énfasis en sostener y mantener los principios de la Declaración de Caracas. Entre otros aspectos señalaba:

si bien en las dos últimas décadas muchos han sido los avances logrados por los países, aún persisten serias limitaciones, en cuanto a la implementación efectiva de políticas y planes nacionales de salud mental, así como de legislaciones que sean consistentes con los instrumentos internacionales de derechos humanos (Consenso de Panamá, 2010).

Este tipo de instancias, en las cuales participan variados representantes de la salud mental –desde usuarios, hasta mandos jerárquicos- buscan renovar, apostar y profundizar cambios en el paradigma de salud mental, instando a los gobiernos a ser partícipes de dicha tarea.

Además, Uruguay ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Organización de las Naciones Unidas (ONU) - 2007, mediante la Ley N° 18.418, en el año 2008; conjugándose con la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la Ley N° 18.651, del año 2010, denominada Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad. De esta manera, se amplió el espectro en materia de Derechos Humanos en su ordenamiento jurídico (Techera y Apud, 2013), en pos específicamente de las personas usuarias.

En vista de los avances que se deben alcanzar, mantener y seguir apostando a ellos, el 27 de junio de 2017, se desarrolló la Declaración de Florianópolis²⁵: Declaración del I Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental, bajo la consigna “Resistir é Consciencia”, creándose la Red latinoamericana de Derechos Humanos y salud mental (y consumo problemático de sustancias). Cabe destacar la importancia de la creación de la mencionada red, creándose lazos entre los colectivos nucleados en pro de un cambio de paradigma en torno a la salud mental, en los países latinoamericanos, generando encuentros²⁶ y debates hacia una causa en común, con la elaboración de informes y documentos que incidan en la elaboración de políticas públicas en salud mental. Convencidos “de contar con leyes que garanticen la dignidad de las personas, tanto en el abordaje como en el reconocimiento de sus derechos” (Declaración de Florianópolis, 2017).

Ante todo ello, es interesante la constante lucha que las sociedades actuales se han fijado en pos de los Derechos Humanos, pensar y, a la vez cuestionar el valor con el que cuentan las normativas, puesto que con sólo la aprobación no alcanza; es sí el inicio de un camino lleno de controversias en un mundo regido por la lógica neoliberalista, en palabras de Stolkiner:

para pensar conceptual y prácticamente la cuestión de los Derechos Humanos, es necesario resaltar que nunca ha habido tal cantidad de enunciados y consenso de derechos y nunca han sido tan masivos los fenómenos de violación de los mismos.

²⁵ Dicha declaración no ha sido ratificada por Uruguay. Se trae a colación, porque es pertinente indicar la existencia de los distintos agentes sociales que buscan incidir y aportar en las luchas que se vienen zanjando en la temática a nivel latinoamericano.

²⁶ Desde el día 9 hasta el día 11 de octubre de 2018, se llevó a cabo el II Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental, bajo la consigna: “América Latina sin manicomios”.

A la par que se profundizan las herramientas discursivas y jurídicas que los sostienen, se multiplican procesos donde colectivos humanos completos son sacrificados a la lógica de la acumulación y concentración de la riqueza (2017, p. 193).

3.3.2 Agentes preponderantes en la puja por la creación de la Ley de Salud Mental.

En el área de la salud mental, deberían entrar en juego un conjunto de saberes, habilitando de esta manera a distintas miradas en el abordaje de tan compleja temática, puesto que en dicha área: “el espectro es multidimensional porque abarca todos los intersticios de la condición humana y de los vínculos sociales y por ello mismo también requiere de múltiples saberes y abordajes interdisciplinarios” (Fernández, 2017, p.142).

Es importante partir de la premisa que considera a la salud mental como un campo multidimensional, para poder comprender el proceso hacia un cambio de paradigma, que contemple un conjunto de saberes –incluyendo las voces y experiencias de los propios usuarios-, en pos de una atención holística de una temática tan compleja. Todo ello, para evitar que se siga abordando desde una sola disciplina –medicina-, relegando a segundos planos a los otros saberes. Puesto que aún se sigue recayendo en estigmatizar a las personas usuarias, donde:

la noción de “enfermo psiquiátrico” aún encuentra un arraigo ideológico y cultural que hace de contrapeso para lograr superar una política asistencial paternalista y concentrada en el sector asistencial. La noción de enfermedad mental coopta e invisibiliza la complejidad de la noción de salud mental, por lo cual limita la programación de políticas desestigmatizantes que fortalezcan el goce de la condición de sujeto de derechos (de Pena y Silva, 2017:74).

Por otro lado, se ha transcurrido un largo tiempo de malestar, donde se ha venido denunciando –por distintos agentes sociales, incluidos los médicos psiquiatras-, la inviabilidad de seguir sosteniendo un modelo manicomial, encontrándose fuertes discordancias en las formas de configuración de un nuevo paradigma. En palabras de, de León y Techera (2017): “este proceso deviene como expresión de las líneas de fuerza y poder, así como de las resistencias y tensiones que componen el campo de la salud mental hoy día” (p.58).

De esta manera, es en el año 2015, que el MSP convocó a actores sociales y políticos, a la academia y a las organizaciones representantes de las diversas disciplinas de la salud mental a la

formación de grupos de trabajo para debatir sobre los contenidos de una nueva ley de salud mental (Sociedad de Psiquiatría del Uruguay [SPU], 2017). A continuación, se expondrán brevemente, las dos miradas en torno al proyecto de ley de salud mental.

Uno de los proyectos de ley apuntaba hacia el cambio progresivo de paradigma, centrándose en una perspectiva de Derechos Humanos, ubicando a la persona como centralidad, proponiendo un modelo comunitario-epidemiológico, al que se anexan nuevas disciplinas, actores y sectores en interacción con el campo social (de León y Techera, 2017; Natella, 2017). El antecedente de este proyecto de ley, se remonta al año 2007, donde se impulsó un anteproyecto de ley de salud mental pensado por diferentes colectivos: usuarios y sus familiares, gremios y profesionales de diferentes disciplinas. Este anteproyecto contemplaba una serie de transformaciones y la superación de la Ley del Psicópata, en pro de la humanización del sistema de atención de la salud mental, apuntando a la superación del modelo asilar (Techera y Apud, 2013). Para instancias de creación del proyecto de ley –año 2015-, se desarrolla una Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, con perspectiva de derechos (CNLSM)²⁷, la cual abogaba por una Ley de Salud Mental que no debía ser del trastorno mental, sino de las personas como una integralidad. Destacar también la participación de las organizaciones de familiares y usuarios en el debate de la ley, a su vez, en ella y en su reglamentación se establece su participación en el Órgano de Revisión y en el Consejo Consultivo Honorario (Stolkiner, 2017).

Por otro lado, se encontraba el proyecto de ley que se basaba fundamentalmente en la concepción de trastorno y enfermedad mental. Es decir, planteaba un modelo clínico-asistencial estructurado en base al origen biológico-psicológico del padecimiento, desarrollado por el MSP. Específicamente, se trata de la mirada médico psiquiatra, que defiende y sostiene su especificidad en torno a la atención en salud mental, exaltando el valor de su capital y consecuentemente la legitimidad de la profesión a nivel social. Profesión de larga trayectoria en el campo de la salud mental. La cual también, adhiere y coincide con el resto de los agentes sociales –organizaciones sociales y académicas- en la pérdida de vigencia del hospital psiquiátrico, pero a pesar de ello, defiende su especificidad, planteando modificaciones que buscan adaptarse a los cambios que se

²⁷ Nucleada por organizaciones sociales: usuarios y familiares, Asamblea Instituyente, Colectivo Vilardevoz, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, IELSUR, Ciprés, Bibliobarrios, Proderechos (entre otras 50 organizaciones) y académicas; como el Grupo de Trabajo de Salud Mental Comunitaria, la Facultad de Psicología, el Programa APEX-Cerro de la UdelaR (de León y Techera, 2017).

han venido desarrollado en la materia, sin perder su posición jerárquica y dominio dentro del campo.

Este último proyecto de ley, el finalmente aprobado, ha sido criticado principalmente por la CNLSM (de León y Techera, 2017); donde se pueden destacar algunas de las posiciones expresadas por las organizaciones sociales y académicos, las cuales no fueron tenidas en cuenta en el mencionado proyecto, como por ejemplo: a) creación de un Órgano de Revisión y Supervisión independiente y autónomo que vele y garantice los Derechos Humanos. Dicho órgano con la aprobación de la ley pasó a depender del MSP. b) Cierre de todas las instituciones asilares y hospitales monovalentes públicos y privados a nivel nacional, con cronograma y plan de cierre. En la actual ley aparece una fecha estimativa -2025-, pero lo que no aparece formulado es un plan de medidas alternativas. c) Garantías y plazos para internaciones involuntarias (Asamblea Instituyente, 2016).

En el ámbito parlamentario ingresaron los dos proyectos de ley y, durante el año 2016 y 2017 se realizó el debate. Entre marzo y octubre de 2016 el proyecto de ley estuvo a estudio de la Comisión de Salud Pública del Senado, que realizó una amplia consulta respecto a su contenido, y recibió a representantes de organismos oficiales e instituciones de la sociedad civil, organizaciones de familiares, representantes de la academia y de los colectivos profesionales, actores sociales diversos que fueron convocados o solicitaron audiencia para presentar su punto de vista. Este proceso de consulta condujo a la reformulación del proyecto de ley que es presentado y aprobado en la Cámara de Senadores el 11 de octubre de 2016 (IELSUR), aprobándose en el año 2017 el proyecto de ley propuesto por el MSP.

3.4 Ley de Salud Mental N° 19.529

La Ley de Salud Mental, fue aprobada el 24 de agosto del 2017, la cual consta de 48 artículos, dividido en VII capítulos, firmada por el presidente en ejercicio, el Dr. Tabaré Vázquez. En rasgos generales, en su contenido se observa el mantenimiento de palabras y posicionamientos de cuño médico-sanitarista, como por ejemplo “trastorno mental”, definiéndolo como: “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal” (Ley N° 19.529).

Por otro lado, entre los aspectos a destacar, se afirma y continua en la línea de los principios de la atención primaria en salud: promoción, tratamiento y rehabilitación, propuestos en la declaración de Alma-Ata en el año 1978 y, llevados a cabo a partir de 1986, con el PNSM, y reafirmados por el SNIS en 2007. Con la entrada en vigencia de esta nueva ley, se mandata la derogación de la Ley de Psicópatas. Además, se plantea el derecho del usuario a recibir información del tratamiento, promoviendo la participación de familiares y la comunidad; y del acceso a la historia clínica. Se hace referencia, además, a que la hospitalización debe ser utilizado como recurso terapéutico restringido, siendo lo más breve posible, inhabilitando el límite de tiempo. Este último punto ha generado controversias en los distintos agentes, puesto que al no poner límites se continua de manera indirecta con la lógica asilar y, si de caso contrario se establecerían límites temporales, acotarían y/o cortarían “tratamientos” psiquiátricos.

En tanto al cronograma de cierre y medidas alternativas -punto que ha tenido controversia por la insuficiencia de propuestas específicas en cuanto a las estructuras y/o dispositivos de atención sustitutivos-, la ley plantea: “el Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025” (Ley N° 15.529).

En tanto el MSP, debe llevar a cabo la aplicación de la ley, tanto en los prestadores de servicios públicos y privados; además debe elaborar y aprobar un Plan Nacional de Salud Mental. La ley en el Capítulo VI, mandata la creación de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental –otro punto controversial-, organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, designándose el 03 de septiembre de 2018. Dicha comisión tiene dentro de sus principales funciones la responsabilidad de velar por el resguardo de los Derechos Humanos de las personas con “trastorno mental”, funcionando como un organismo de control que regulará el cumplimiento de lo estipulado en la ley y relevará proactivamente el cumplimiento de los Derechos Humanos.

Expuesta la escueta presentación de la Ley N° 19.529, se puede aventurar que existen en el cuerpo de la norma una serie de avances, que procuran aggiornarse a recomendaciones internacionales -vistas a lo largo del documento-, en relación a la anterior ley de “Asistencia al Psicópata”. Pero se puede entrever que la esencia sigue siendo la misma en torno a la atención de salud mental –planteo que realiza la CNLSM-, puesto que la mencionada atención sigue dirigida

en base a la hegemonía psiquiátrica, mono disciplinaria, totalizando el ámbito de la salud mental. Es decir, la actual ley, se posiciona sobre el modelo asistencial psiquiátrico, que se re adapta a las circunstancias actuales, pero que a la larga continúa imperando la figura autorizada y válida del médico psiquiatra en la atención de la salud mental.

3.5 Reconfiguración del campo de la salud mental: disputa en torno a una nueva ley

Como se ha venido exponiendo en este último capítulo, Uruguay en el año 2017 ha aprobado una nueva legislación, la cual ha implicado movimiento dentro del campo de la salud mental, campo que se ha ido configurando y adaptando con el devenir del tiempo, donde se pueden visualizar luchas de los distintos agentes sociales que la componen. Por ello, a continuación, se pretenderá exponer la nueva reconfiguración que se suscitó en dicho campo, a través de los periplos por los cuales se atravesó para llegar a la aprobación de la Ley de Salud Mental N° 19.529.

Dicha aprobación, se puede conjeturar, que ha sido viabilizada, entre otras variables, por las características del gobierno de turno, gobierno de izquierda que ha promovido y, ha aprobado un conjunto de leyes que amplía el abanico de derechos²⁸ a sectores relegados de la población. Dichas leyes, cabe especificar han sido aprobadas por las características del gobierno de turno, como materialización de un proceso llevado a cabo por los distintos movimientos sociales que han puesto la temática en la arena pública, donde se incluye dentro de este proceso la ley en análisis.

Prosiguiendo, se encuentra a un cuerpo médico psiquiátrico, ubicado en una posición jerárquica dentro del campo de la salud mental, en constante tensión. Se ha mencionado en el anterior capítulo, que alrededor de finales del siglo XX, de manera progresiva un conjunto de actores nucleados en la sociedad civil en conjunción con el cuerpo médico psiquiátrico, se alinean, llegando a un consenso en pos de visibilizar y denunciar la situación en la atención en salud mental, reclamos que se cristalizan en progresivas mejoras mediante la creación del PNSM.

En este sentido, destacar que más allá de la conjunción de los mencionados agentes sociales, no olvidar que los mismos juegan en el campo con distintos capitales. Cabe señalar además, el precedente del ingreso de estos nuevos agentes que pasan a formar parte del campo de la salud mental de manera subordinada, utilizando estrategias de subversión, con los que

²⁸ Ley de interrupción voluntaria del embarazo (2012); Ley de matrimonio igualitario (2013); Ley de violencia hacia las mujeres basada en género (2017); Ley de Salud Mental (2017); Ley integral trans (2018).

monopolizan el capital (Bourdieu, 1987) - cuerpo médico psiquiátrico-. Es decir, a pesar de ello, no se debe olvidar que se encuentra una fuerte resistencia de los psiquiatras a ser cuestionados en su lugar de poder, generando la reproducción de las actuales condiciones, donde se prolonga un modelo de atención sanitarista centrado en la enfermedad y no en las potencialidades del sujeto (Baroni, Jiménez, Itza, Giordano, 2013).

De esta manera, en las primeras décadas del siglo XXI, como se ha mencionado en el presente capítulo, a nivel regional y nacional se han suscitado una serie de movilizaciones por una serie de organizaciones de distinta índole, en pro de un cambio de paradigma con una perspectiva de Derechos Humanos. Estas organizaciones vienen a disputar y a cuestionar el rol protagónico y hegemónico de la psiquiatría en el campo de la salud mental, donde denuncian el modelo asistencial psiquiátrico y, proponen en base a experiencias internacionales y regionales, modelos alternativos, donde el rol del médico psiquiatra no se encuentre por sobre otros saberes, sino que confluyan de forma interdisciplinaria en pos de un objetivo en común: la atención integral de la persona usuaria.

Es por ello que, dentro del campo de salud mental en la disputa por una nueva actualización legislativa, se encuentran fuerzas antagonistas, donde: “las lógicas manicomiales, así como las fuerzas instituyentes antimanicomiales y la desmanicomialización, componen acciones de las fuerzas que intervienen en los procesos de reforma en la atención a la salud mental. Estas fuerzas se mueven, inciden, chocan” (de León y Techera, 2017, p. 55).

Cabe aclarar que todos los agentes sociales dentro del campo de la salud mental comparten la idea de la inviabilidad del manicomio, en lo que no concuerdan y, aparecen visiones encontradas –que se visualizan en los dos proyectos de ley- es en cuanto a cómo debería ser y cómo se llevaría a cabo el modelo alternativo.

Es en ello, que actualmente desde las distintas organizaciones sociales se reclama ante las autoridades competentes, que se sigan los pasos pertinentes que viabilicen la reglamentación de la ley, donde estas puedan incidir desde su perspectiva, en un proceso que será de largo aliento.

Reflexiones finales

Para dar finalización al presente trabajo, a continuación, se procederá a dejar unas impresiones finales acerca del desarrollo del mismo. En este sentido, se puede señalar en base a la teoría sustantiva: leyes, informes y declaraciones, en conjunto con el devenir histórico, que se ha podido realizar una aproximación al campo de la salud mental, dando cuenta de un proceso. En este sentido, se presentará un breve resumen de los aspectos más significativos de cada capítulo, para luego realizar unas reflexiones finales.

A lo largo del documento, se ha ido realizando un recorriendo en cada momento histórico y, se ha percibido como en cada uno de ellos se ha ensayado un modelo de atención en salud mental. Puesto que, ello da cuentas del sistema de creencias que define cada época condicionado por el modelo socio-económico (estructuras objetivas-externas), tiendo gran influencia en la producción de subjetividades (estructuras subjetivas-internas) y en las formas de comprender, y abordar las problemáticas sociales. Aludiendo a Bourdieu, dentro del espacio social existen estructuras sociales: objetivas-externas y, subjetivas-internas, que se relacionan, se retroalimentan, dando por resultado la dinámica de las prácticas sociales de los agentes sociales.

En un primer periodo abordado, el cual se ubicó a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, momento caracterizado por la conformación y configuración del campo de la salud mental, donde el cuerpo médico psiquiátrico adquiere mediante el valor de su capital, la especificidad en el campo de atención de la salud mental, subordinando al cuerpo religioso. Transición propiciada por los procesos modernizadores de la sociedad uruguaya, donde el nuevo dios pasaría a ser la fe ciega en el conocimiento científico.

En un segundo periodo, ubicado temporalmente en la segunda mitad del siglo XX, se suscitan una serie de declaraciones e informes que se conjugan con la progresiva conformación de organizaciones sociales, que comienzan a cuestionar el modelo asilar, las cuales fueron generando los antecedentes necesarios para que luego de transcurrida la última dictadura uruguaya, se apruebe el PNSM en el año 1986. Periodo en el cual, el campo de la salud mental se incorporan nuevos agentes sociales –organizaciones sociales-, que con sus demandas y reclamos –intereses- llegan a un consenso con el cuerpo médico psiquiátrico en pos de un objetivo en común, que se cristaliza mediante la aprobación del ya mencionado PNSM.

Por último, se aborda el periodo comprendido por los primeros años de los 2000. Momento en el cual a nivel regional se suscitan una serie de reformas en materia de salud mental, que busca de manera progresiva apostar por un cambio de paradigma. A nivel local, se presentan dos proyectos de ley, para modificar y aggiornar la Ley de Asistencia a Psicópatas. De esta manera en el año 2017, Uruguay cuenta con una Ley de Salud Mental, ley que ha generado diferencias y largas discusiones dentro de las posturas existentes. A lo que si se llega, es a un consenso dentro de los distintos agentes sociales del campo de la salud mental: agotamiento e inviabilidad del modelo asilar. Lo que genera posturas encontradas, en vista de lo expuesto a lo largo del documento: cómo gestionar y llevar a cabo -bajo que liderazgos, o accionar de manera interdisciplinaria donde no primen saberes sobre otros- el nuevo modelo de atención a la salud mental, con perspectivas de cambio de paradigma.

Ante este breve resumen que ha intentado sintetizar el contenido del trabajo realizado, se puede constatar que la salud mental se encuentra en una etapa de cambios necesarios, y que les son/serán saludables, puesto que en la actualidad existe un anacronismo en tanto a la atención en la materia, donde se cuentan con instituciones del siglo XIX, con un cuerpo psiquiátrico del siglo XX y, usuarios con sus problemáticas del siglo XXI. Es este tipo de desfases y controversias, hace la insostenibilidad de la existencia de seguir manteniendo una lógica asilar en torno a la atención de la salud mental, postura por la cual existe un amplio consenso.

De aquí en adelante queda mucho camino por recorrer para poder ir concretando de manera progresiva los cambios necesarios, donde las instituciones y, los profesionales estén alineados en pro de una atención integral en materia de salud mental. Tener presente que es una tarea de largo aliento, donde se generaran resistencias, retrocesos y desacuerdos, desde los distintos agentes sociales. Por ello es importante tomar el proceso de implementación de la normativa, como una oportunidad de destinar todas las energías en pro de avances sustantivos en torno a una “salud mental inclusiva, democrática y desestigmatizante” (Techera y Apud, 2013, p.26).

Referencias

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires, Argentina: Topia.
- Barba, C. (2004). Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del consenso de Washington. *Revista Espiral*, (11)31, 85-130. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13803104>
- Baroni, B., Jiménez, A., Itza, B. y Giordano, M. (2013). Locura en movimiento. En N. de León (Ed.) *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. (pp. 169-188). Montevideo, Uruguay: UdelaR-CSIC-Art. 2.
- Barran, J.P. (1990). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento*. Tomo 2. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Tomo 1. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- (1994). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*. Tomo 2. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental
- Bentura, C. (2011). *Salud y Trabajo Social. ¿Un campo social envejecido?* Editorial académica española.
- Bourdieu, P. (1987). *Cosas dichas*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Caetano, G. y Rilla, J. (1996). *Historia contemporánea del Uruguay. De la colonia al MERCOSUR*. Montevideo, Uruguay: Editorial Fin de Siglo.
- Casarotti, H. (2015). Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(2), 137-151. Disponible en: <http://spu.org.uy>
- Costa, R. (1976). Para una definición social de los actores sociales. La teoría del campo. Córdoba, Argentina: Mimeo.
- De Armas, G. (2005). De la sociedad hiperintegrada al país fragmentado. Crónica del último tramo de un largo recorrido. En G. Caetano (Dir.) *20 años de democracia. Uruguay 1985-2005: miradas múltiples*. (pp. 269-303) Montevideo, Uruguay: Taurus.
- De León, N. (2013). Procesos de Reformas Regionales e Internacionales en Salud Mental. En N. de León (Ed.) *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. (pp. 87-94). Montevideo, Uruguay: UdelaR-CSIC-Art. 2.

- De León, N. y Techera, A. (2017). Reformas de atención en Salud Mental de Uruguay y la Región. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 55-72). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- De Pena, L. y Silva, C. (2017). Perspectiva bioética y sus aportes para el campo de la Salud Mental. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 73-92). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Fernández, B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. Montevideo, Uruguay: CSIC-UdelaR.
- Gines, Á. M. (2003). La honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(2), 173-180. Disponible en: <http://spu.org.uy>
- Gutiérrez, A. (2006). *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba, Argentina: Ferreyra Editor.
- IELSUR, CAinfo y Asamblea Instituyente (2014). Aportes para la transformación del modelo de atención en salud mental en el Uruguay. La experiencia transitada a partir del uso de la ley de acceso a la información pública. Disponible en: <http://www.cainfo.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Saludmental.pdf>
- Leopold, S. (2002). *Tratos y destratos, políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934 - 1973)*. (Tesis de Máster en Servicio Social). UdelaR/UFRJ. Montevideo, Uruguay.
- Méndez Vives, E. (2011). *El Uruguay de la modernización. 1876-1904*. En Historia Uruguaya. Tomo 7. Montevideo, Uruguay: Ediciones de La Banda Oriental.
- Midaglia, C. y Antía, F. (2011). El sistema de bienestar uruguayo: entre la modernización reformista laboral y la ampliación de la responsabilidad estatal en el área de protección social. En A. Idart (Ed.) *Estado Benefactor y Políticas Sociales. Historia, implementación y reforma de Programas Sociales en Argentina, Chile y Uruguay*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Morás, L. (2000). *De la tierra purpúrea al laboratorio social: reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917)*. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Natella, G.R. (2017). Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 241-267). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.

- Oddone, J.A. (1992). La formación del Uruguay moderno, c. 1870-1930. En L. Bethell (Ed.) *Historia de América Latina*, Vol. 10 América del sur, c.1870-1930, Cap.5. (pp. 118-134) Barcelona, España: Cambridge University Press – Editorial Crítica.
- Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. (Tesis de Master en Servicio Social). UdelaR/UFRJ. Montevideo, Uruguay.
- Ottonelli, F.J. (2013). Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. En N. de León. (Ed.) *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. (pp. 59-70). Montevideo, Uruguay: UdelaR – CSIC – Art. 2.
- Palacios, A. y Iglesias, M.G. (2017). La convención de los derechos de las personas con discapacidad. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp. 19-54). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Porrini, R. (1994). *Derechos Humanos y dictadura terrista*. Montevideo, Uruguay: Vintén Editor.
- Real de Azúa, C. (1964). *El impulso y su freno. Tres décadas de Batllismo y las raíces de la crisis uruguaya*. Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.
- _____ (1973/1985). Distorsiones en el orden neocolonial. En Uruguay ¿una sociedad amortiguadora? Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Revista de Psiquiatría del Uruguay (2017). Documento presentado al Consejo de la Facultad de Medicina sobre la Ley de Salud Mental. 81(1), 83-86. Disponible en: <http://spu.org.uy>
- Sala, L. y Alonso, R. (1986). Caracteres generales de la formación social uruguaya en las décadas inmediatamente posteriores a la independencia, en *El Uruguay comercial, pastoril y caudillesco*. Tomo 1. Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
- Sautu, R., Boniolo, P., Delle, P., y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/formacion-virtual/20100719035021/sautu.pdf>.
- Stolkiner, A. (2017). El enfoque interdisciplinario en el campo de la Salud. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. (pp.189-210). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Techera, A., Apud, I., y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: CSIC-UdelaR.

Techera, A., y Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en el Uruguay. En N. de León. (Ed.) *Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental.* (pp. 25-36). Montevideo, Uruguay: UdelaR-CSIC-Art. 2.

Fuentes documentales

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Mental Alma – Ata (1978).
URSS.OMS/OPS Y UNICEF.

Consenso de Panamá (2010). Panamá. OPS/OMS.

Declaración de Caracas (1990). Venezuela. OPS/OMS.

Declaración de Florianópolis. Brasil.

Ley 9.581 (1936). Organización de la Asistencia a Psicópatas. Montevideo, Uruguay.

Ley 11.139 (1948). Patronato del Psicópata. Montevideo, Uruguay.

Ley 19.529 (2017). Salud Mental. Montevideo, Uruguay.

Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (2011). Montevideo, Uruguay.

Plan Nacional de Salud Mental (1986). Montevideo, Uruguay.

Principios de Brasilia (2005). Brasil, OPS/OMS.

Páginas web

Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. *Documentos*
[online] Disponible en: <http://asambleainstituyente.blogspot.com/> [Acceso, 20/08/2018].