



**La situación de la Salud Mental en Uruguay
y la aplicabilidad de la Ley de Salud Mental
nº 19.529 en el marco de la emergencia
sanitaria, social y económica provocada por
la pandemia del COVID-19**

Tutor:

Prof. Agdo. Mag. Nelson de León

Revisora:

Prof. Adj. Dra. Adriana Molas

Estudiante:

Camila González Lázaro

4.338.290-6

Montevideo, Octubre 2020.

ÍNDICE:

Resumen y Palabras clave.....	p.2
1. Introducción y Fundamentación.....	p.2
2.1. CAPÍTULO 1: SALUD MENTAL	
2.1.1. Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos.....	p.6
2.1.1.1. Modelos de atención en Salud Mental.....	p.6
2.1.1.2. Perspectiva de Derechos Humanos en Salud Mental.....	p.8
2.1.1.3. Hitos en los Derechos Humanos y Salud Mental.....	p.10
2.1.2. Desmanicomialización y Procesos de Reforma.....	p.11
2.1.2.1. Desmanicomialización y Reforma de la Salud Mental.....	p.12
2.1.2.2. Procesos de Reforma en Salud Mental.....	p.13
2.1.2.3. Reformas de Salud Mental en la región.....	p.14
2.1.3. Salud Mental en Uruguay.....	p.17
2.1.3.1. Breve historia del nacimiento del campo de la Salud Mental en Uruguay, y de la creación de los primeros servicios de atención en Salud Mental.....	p.17
2.1.3.2. Evolución de las Políticas Públicas en Salud Mental.....	p.17
2.1.3.3. Proceso previo a la aprobación de La Ley de Salud Mental nº19.529 (2017) y el papel de las organizaciones sociales.....	p.18
2.2. CAPÍTULO 2: PANDEMIA POR COVID-19	
2.2.1. La irrupción de la pandemia por el contagio del virus COVID-19 a nivel global, regional y local, y sus efectos sociopolíticos.....	p.21
2.2.2 Efectos de la pandemia por COVID-19 en las personas con discapacidad psicosocial, aquellos que padecen el encierro y/o la exclusión social.....	p.24
2.2.2.1. Recomendaciones internacionales.....	p.25
2.2.2.2. Estado de situación en la región.....	p.27
2.2.2.3. Situación en Uruguay.....	p.29
2.2.2.4. Recomendaciones de organismos nacionales en materia de Derechos Humanos y Salud Mental para la protección de las personas institucionalizadas.....	p.31
2.2.3. Una oportunidad de avanzar en los procesos de desinstitucionalización.....	p.32
2.2.4. Las resistencias de hoy y de siempre.....	p.36
2.2.4.1. Contexto sociopolítico.....	p.37
2.2.5. El impacto de la pandemia en las organizaciones sociales.....	p.37
3. Reflexiones finales.....	p.38
Referencias Bibliográficas.....	p.41

Resumen

El presente trabajo aborda el proceso de reforma en Salud Mental en Uruguay en el contexto de la actual situación de emergencia sanitaria, social y económica producida por el COVID-19. Para ello, se tomará el análisis de la Ley de Salud Mental nº19.529, promulgada en agosto de 2017, y la necesidad u oportunidad de su aplicación, en cuanto a la existencia del modelo de atención manicomial y la vulnerabilidad en que se encuentran las personas internadas en Instituciones psiquiátricas. Desde una perspectiva de Derechos Humanos, se expondrán distintas recomendaciones, enunciaciones y discusiones que se han generado a nivel global, regional y local sobre la especial necesidad de garantizar los Derechos de estas personas y de avanzar en los procesos de desinstitucionalización ante esta situación de emergencia. Las mismas han surgido desde organismos internacionales y naciones de Salud y Derechos Humanos; instituciones académicas y profesionales de la Salud Mental; y organizaciones sociales.

Se realizará un breve recorrido histórico sobre las reformas en Salud Mental y los movimientos de desmanicomialización y desinstitucionalización a nivel global, y sobre todo regional. En lo que concierne a la historia de la Salud Mental en nuestro país, se hará énfasis en el proceso previo a la aprobación de la Ley de Salud Mental nº 19.529 (2017), incluyendo consideraciones acerca del intercambio y debate que fueron planteadas a la hora de su promulgación, así como una evaluación acerca del avance a nivel de su implementación, considerando que ya han transcurrido tres años de su aprobación.

Palabras clave: Salud Mental, Pandemia, Derechos Humanos, Uruguay.

1. Introducción y Fundamentación

Según la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD] (ONU, 2006), “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (p.4), por este motivo, y en consonancia con el modelo social de la discapacidad –que será desarrollado más adelante- es que en este trabajo se utilizará en algunas ocasiones la denominación de discapacidad psicosocial para referirse a las personas usuarias de los servicios de Salud Mental.

Las personas que se encuentran en situación de discapacidad psicosocial padecen múltiples vulneraciones (Kakuk, 2013; Natella, 2017), y constituyen una población que históricamente ha sido y aún sigue siendo relegada a los márgenes de la sociedad, encerrada, oprimida y silenciada, como ha sido estudiado por diversos autores (Foucault, 2015; Goffman, 1973; Galende, 2008 y 2015). De esta manera han sido y continúan siendo objeto de una sistemática violación de sus derechos como personas (Natella, 2017), lo que conlleva a altos grados de sufrimiento (Pérez, 2017). Por este motivo, y en el marco de los cometidos que establece la Ley orgánica (nº12.549) en su Art. 2, se considera tarea urgente de la UdelaR colaborar para la transformación de esta realidad. Al decir de Amarante (2017), esta transformación se da más por el camino de la producción de conocimiento, de la crítica al arsenal epistemológico de las ciencias con pretensión de verdades y las prácticas que cada vez más pretenden patologizar todos los ámbitos de la vida cotidiana.

La UdelaR y en particular la Psicología universitaria han tenido un papel muy importante en los distintos impulsos de reforma del modelo de atención en Salud Mental (De León y Techera, 2017) -incluyendo el proceso que terminó con la promulgación de la Ley de Salud Mental nº19.529-, pero según afirman aún queda mucho por hacer. Se entiende que esta disciplina puede aportar desde diferentes aristas, en un momento histórico clave como el que está viviendo la Salud Mental (en adelante SM) en nuestro país, donde es esencial seguir produciendo conocimiento que sustente la posición que se intenta desarrollar, y que incluya la perspectiva de derechos. Actualmente la mayoría de los recursos que se invierten en investigación pertenecen al paradigma de SM dominante: el positivista, que cuenta con el respaldo de la industria farmacéutica (Pérez, 2013). En este sentido se considera que este trabajo puede ser pertinente como un registro que reúne diversas producciones y reflexiones valiosas que se han dado durante el transcurso de esta inesperada situación de emergencia sanitaria y social, que ha dejado aún más a la vista, la situación de doble vulnerabilidad (previa y posterior) en la que se encuentran las personas usuarias de SM (De Sousa Santos, 2020), y en particular aquellas que se mantienen institucionalizadas. De esta manera este registro

podría servir de insumo para posteriores producciones de conocimiento en torno a los procesos de desmanicomialización.

Como se señaló anteriormente este trabajo será concebido y argumentado desde una perspectiva de Derechos Humanos en SM, y esto también representa un aporte a nivel académico, ya que acompaña la tendencia de los últimos años de la producción de conocimiento en SM. Con respecto a ello es pertinente y urgente la inclusión de contenidos en DDHH en la curricula universitaria, que transmita una visión crítica (Stolkiner, 2010a) y emancipadora de los mismos (De Sousa, citado en Stolkiner, 2010a); forjando en los futuros profesionales un real compromiso ético para con su defensa.

A su vez, la articulación temática se considera de pertinencia y actualidad, ya que a pesar del alcance global de esta pandemia, y de sus diversos efectos como el consecuente confinamiento masivo que ha conmocionado a la sociedad entera, queda a la vista que no todos sufrimos las mismas consecuencias. Una vez más quienes más han sufrido sus impactos han sido los sectores más vulnerables de la sociedad, y aún más intensamente, aquellos en que el encierro es una constante en sus vidas, y que han experimentado el recrudecimiento del mismo, pasando a vivir en un aislamiento total en que se vulneraron gran parte de sus derechos humanos más básicos (De Sousa Santos, 2020), fragilizando aún más el derecho a la Salud Mental (Pujol, 2020).

En este contexto de pandemia surgen recomendaciones que alertan sobre esta situación, provenientes de diversos organismos que trabajan para la defensa y protección de los Derechos Humanos y la Salud Mental, tanto a nivel internacional, como regional y nacional, que serán analizados en el capítulo 2, del presente trabajo. Es en el marco de estas recomendaciones emitidas por diversas instituciones y organizaciones sociales que producen visibilidad sobre la situación de emergencia socio-sanitaria, que se hace indudable la pertinencia social de la problemática abordada en este trabajo.

Por otra parte, respecto a la fundamentación personal de la elección de la problemática a abordar, y con el objetivo de analizar sus implicaciones con respecto a la misma, es que considero necesario primero definir este concepto. Según afirman Fernández et al. (2014), Lapassade y Lourau fueron quienes a través de la reformulación del concepto de contratransferencia institucional, introdujeron la noción de implicación, y el análisis de las implicaciones como herramienta para el Análisis institucional. Con el tiempo su uso se extendió más allá de este ámbito, comenzando a incluirse en las prácticas de investigación social. Acevedo (citado en Fernández et al., 2014) sostiene que Lourau hablará del análisis de las implicaciones (en plural), y lo definirá como el ejercicio de revisar y elucidar, las implicaciones del investigador/analista con respecto a: su objeto de investigación/intervención; las instituciones de pertenencia y referencia, incluyendo el propio equipo; el encargo y las

demandas sociales; la epistemología del propio campo disciplinario; la escritura u otro medio para exponer los resultados de la investigación. Parafraseando a Fernández et al. (2014), si se analiza etimológicamente el término implicación: este se compone del prefijo “in”; del verbo latino “plicare” que significa doblar, plegar; y de la terminación “ción” que indica movimiento. En este sentido, el análisis de las implicaciones “se dirige... a crear condiciones para que eventualmente lo plegado pueda desplegarse, se vuelva registrable aquello que no se veía aunque estuviera ahí, se pueda explicitar algo de aquello que permanecía implícito” (Fernández et al., 2014, p.7) en aquellos que se encuentran realizando una intervención institucional o una investigación social.

De esta manera la noción de implicación, viene a cuestionar la idea de la neutralidad del técnico, de la objetividad de la producción académica, “considerando la idea de ‘asepsia’ como algo que no es posible de lograr” (Fernández et al., 2014, p.11). Es así que “no podemos manejar o manipular la implicación. La implicación viene con nosotros en tanto sujetos sociohistóricos y políticos, y es activada por el encuentro con el objeto: el otro, los grupos, la institución, etc.” (Savoye en Fernández et al., 2014, p.11). Lo que sí podemos a través de un acto voluntario es tomar conciencia de nuestras implicaciones a partir de su análisis. Según afirman Fernández et al. (2014) “es una noción que en su operatividad remite a la dimensión subjetiva, política y ética del investigador o el analista institucional que está presente ineludiblemente en el “trato” con las instituciones” (p.10).

En primer lugar, con respecto al enfoque que elegí para abordar este trabajo, es decir a la perspectiva de derechos en SM, es necesario visibilizar que sin dudas ha influido la formación que transité en la Facultad de Psicología de la Udelar, ya que considero que la enseñanza más valiosa que me dejó como estudiante fue la transmisión de una mirada crítica y compleja de la realidad, y la necesidad de analizar las problemáticas a nivel político, ético, y de DDHH. En un nivel más concreto los inicios de mi implicación se remontan al servicio que opté en 4º año de la formación, llamado: “Encierro, Salud Mental y DDHH: Perspectivas e intervenciones psicosociales en el campo de la Salud Mental” (en el marco del Programa “Estudio de las formaciones subjetivas” del Instituto de Psicología Social). Dentro del mismo participé del dispositivo: “Biblioteca Sueños de Libertad”, taller literario que funcionaba dentro del centro diurno del Hospital Vilardebó. Ese fue mi primer contacto con la realidad del Hospital Psiquiátrico, con las condiciones en que las personas viven allí dentro, y con los usuarios de SM y sus historias. Sin dudas fue de las experiencias más movilizadoras en mi tránsito por Facultad, generándome distintas emociones, por un lado indignación por la constante violación de los derechos que ocurre allí dentro, y por la desidia de las autoridades sanitarias al respecto. Por otro lado, me permitió experimentar el trabajo con las personas desde otro lugar, desde el trato digno, la escucha respetuosa, no centrándose en la enfermedad o el diagnóstico, sino en las capacidades de las personas. De esta manera fue posible vislumbrar

que hay esperanzas aún, que es posible otra forma de atención en SM. En este sentido, cabe explicitar que esta práctica me generó gran parte de la implicación que hoy tengo con esta temática, ya que me hizo conocer una realidad que desconocía, sin la cual hoy no podría estar realizando este trabajo. Una implicación que a su vez me genera un compromiso humano, y un compromiso ético desde mi rol de futura profesional de la psicología, de hacer algo que aporte a la transformación de esta realidad.

Por otra parte, en relación al tema en particular que abordaré, referido al impacto de la pandemia por COVID-19 en la situación de la SM, cabe mencionar a Foladori (citado en Fernández et al., 2014), quien afirma que “la vida entera del investigador está expuesta en cada intervención-investigación así como las preguntas en ciencia están vinculadas con las circunstancias sociales en que son producidas” (p.11). En este sentido, sin dudas que el contexto sociohistórico en que este trabajo fue formulado determinó el lugar en el que fue puesto el foco dentro de la amplia gama de temas vinculados a la SM desde una perspectiva de derechos, ya que en momentos de crisis, en ámbitos académicos corresponde éticamente contribuir de alguna manera desde el rol que estemos ocupando.

Desde lo dicho anteriormente, no hay manera de que lo expuesto a continuación no sea sino un recorte, una aproximación a la problemática, desde una de las miradas posibles, sin dudas atravesada por mi implicación personal, académica y por el contexto sociohistórico.

A continuación, se comenzará exponiendo los distintos modelos de atención en Salud Mental vinculándolos con una mirada crítica sobre los Derechos Humanos, para especificar desde que perspectiva política y ética se abordará el presente trabajo.

2.1. CAPÍTULO 1: SALUD MENTAL

2.1.1. Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos

2.1.1.1. Modelos de atención en Salud Mental

La Salud Mental ha sido definida y pensada desde diversos paradigmas a lo largo de la historia, y según diferentes culturas y sociedades. Coexisten en la actualidad distintas concepciones sobre la misma, que según Galende (citado en Pérez, 2013) pueden ser englobadas fundamentalmente en dos paradigmas principales. El *paradigma positivista* que pretende buscar las causas universales y objetivas de los trastornos mentales, teniendo una concepción predominantemente biológica de los mismos, aproximándose al concepto de “enfermedad cerebral”. El segundo enfoque es el *paradigma complejo* en “donde ya no existen ‘enfermedades puras’, sino trastornos mentales como respuestas a diferentes exigencias del

medio” (Pérez, 2013, p.153). Desde este paradigma se considera a los procesos de salud-enfermedad como abiertos y modificables, que se construyen continuamente, y se los concibe como relativos a lo socio-histórico-cultural.

Sin embargo no es el objetivo de este trabajo ahondar en la concepción epistemológica de la SM, sino en los modelos de atención en SM en que los paradigmas antes mencionados se ven reflejados. En este sentido Natella (2017) propone dos modelos, que constituyen dos maneras antagónicas de entender e intervenir en la realidad.

El *modelo clínico-asistencial*, que parafraseando a la autora, ha sido estructurado en base al origen biológico-psicológico del padecimiento, teniendo como objeto de intervención al individuo, y como objetivo el control y supresión de los síntomas y conductas, mediante la farmacología, las psicoterapias, la internación en efectores especializados y la institucionalización. Este es el modelo hoy en día dominante, referente de las prácticas y la clínica, y el que estructura en su mayoría la formación académica.

El *modelo comunitario-epidemiológico*: está basado en el ejercicio de los DDHH como eje central de sus prácticas. Sus principales características están contenidas en los principios de la desmanicomialización y son las siguientes: es histórico-social, ético, democrático, universal, territorial, equitativo, promocional, integral, interdisciplinario, intersectorial, igualitario, solidario, accesible, presume capacidad, produce autonomía e inclusión social (Natella, 2017; Natella y Cohen, 2013). En cuanto a la organización de la atención, este modelo propone una: “red de servicios de salud mental con base comunitaria, sustitutiva al hospital psiquiátrico” (Natella, 2017, p.246).

Quizás la diferencia más grande entre estos dos modelos sea el objetivo que persiguen, por un lado el primer modelo pretende suprimir los síntomas, mientras que el segundo cree en la inclusión social como objetivo primordial del tratamiento, lo que implica el desarrollo de una vida social plena y con participación en la comunidad. Según Natella (2017), la inclusión social es sin dudas un imperativo categórico de la época pero sin embargo es relegada y delegada a las disciplinas sociales, no siendo incluida en la clínica de la SM que se enseña en universidades y hospitales, lo que genera una consecuente insuficiencia de recursos para su implementación. En este sentido, la autora realiza un planteo interesante, identificando a la formación académica como uno de los mayores obstáculos a la hora de la transformación de modelo. Argumenta que ésta ha sido la encargada de consolidar y transmitir un modelo de atención a-histórico, siendo inclusive un mediador formal que ha creado y reproducido representaciones profesionales negativas acerca de la “enfermedad mental” como crónica e irreductible, y del “enfermo” como objeto de tutela y exclusión, que justificaron las metodologías restrictivas y de encierro. Se debe reconocer entonces, tanto su rol obstaculizador como de agente de transformación en la transmisión de un nuevo paradigma que marque una ruptura con el anterior (Natella, 2017).

Según afirma, más allá de la preponderancia del modelo clínico-asistencial en la actualidad, existe una tensión creciente entre ambas perspectivas, impulsada por varios actores, dentro de los cuales se encuentran referentes de la academia que hacen la diferencia al transmitir nuevos marcos teóricos e implementar prácticas de formación en servicios generales y comunitarios. Esta tensión marca una diferencia, y comienza a producirse una ruptura con el aprendizaje tradicional (Natella, 2017). Destaca asimismo las crecientes denuncias y cuestionamiento hacia los métodos tradicionales restrictivos y la vulneración de los derechos, desestimándose el encierro, el aislamiento y la exclusión social como métodos de tratamiento, “instalándose un proceso inverso al de naturalización en que se encontraban” (Natella, 2017, p.264).

2.1.1.2. Perspectiva de Derechos Humanos en Salud Mental

Si bien la perspectiva que se planteó anteriormente -entiéndase por ella el paradigma complejo y el modelo comunitario-epidemiológico de atención en SM- va a determinar en gran parte de qué manera se conciben también los Derechos Humanos, cabe cuestionarse: ¿de qué hablamos cuando hablamos de DDHH? Según Kakuk (2013) existen diversas concepciones acerca de los mismos, que responden a distintas posturas epistemológicas, disciplinares, filosóficas, que darán cuenta a su vez de una determinada perspectiva política. Stolkiner (2010a) sostiene que: “son producto de una determinada configuración histórica en el que se reflejan las condiciones de poder en que se gestaron” (p.90). A su vez Stolkiner (2010b), afirma que el constructo DDHH tiene en sí mismo un carácter paradójico, pues: “contiene tendencias a la configuración de sociedades más justas y, a la vez, la búsqueda de un nuevo discurso de legitimación del poder... ante la pérdida de consenso del discurso neoliberal” (s/p). Por lo que sostiene que esta doble cara de la revitalización de los DDHH “permite situarlo tanto del lado de las políticas transformadoras como de las de dominación” (Stolkiner, 2010a, p.90), y por este motivo “obliga a analizar con detenimiento en qué discursos y propuestas se inscriben” (Stolkiner 2010a, p.89). Foucault (citado en Stolkiner, 2010a) permite reconocer que la categoría “derecho a la salud” nace con la modernidad y por ello, tiene implícita una doble cara al incluir una biopolítica. Continuando con esta idea Stolkiner (2010a) afirma que:

El reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos, también incluye el derecho a la no medicalización de la vida. La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud y una faceta de la biopolítica (p.92).

Para este trabajo se elegirá posicionarse desde una perspectiva integral y transversal, que proteja y abarque todos los ámbitos de la vida de las personas, y no desde una perspectiva reduccionista que garantice meramente el derecho al acceso a la atención en salud (De Pena, 2020). Entonces, ¿por qué es importante para el movimiento de Salud Mental Comunitaria [SMC] la inclusión de esta perspectiva de DDHH?

Este movimiento históricamente ha tenido implícito una impronta de DDHH en sus luchas, aunque en sus inicios no lo incluyera a nivel discursivo (Cohen y Natella, 2013). Sin embargo hace algunas décadas se ha enriquecido al incorporar esta perspectiva de manera explícita, plasmada a nivel jurídico en Declaraciones de derechos internacionales y regionales, ya que el hecho de la elaboración de ciertas normas jurídicas a nivel nacional, basadas en estándares internacionales de DDHH, brinda garantías que a la larga terminan obligando a los estados a cumplir con las mismas, por su carácter vinculante, y esta tendencia ha comenzado a visualizarse en los últimos años (De León y Kakuk, 2013).

Como plantea Ottonelli (2013) ambos marcos jurídicos –nacional e internacional- se complementan, sin embargo tiene carácter vinculante (obligatorio) a nivel nacional las leyes, decretos y resoluciones ministeriales, y los tratados o convenciones internacionales que han sido ratificados por el país. Señala que también existen otro tipo de documentos nacionales o internacionales que no tienen carácter de obligatorios pero que “por su oportunidad y por su acertado contenido sus recomendaciones son cumplidas por los distintos países” (p.61). Al decir de De León y Kakuk (2013), estos documentos¹ pertenecen a lo que se conoce como *soft law*, o derecho blando, que surge del derecho internacional, y expresan “que su fuerza vinculante la adquieren con el paso del tiempo, siempre y cuando exista la convicción política” (p.70). A su vez esta perspectiva de DDHH también, le brinda algo no menor al paradigma de la SMC: además del sustento jurídico, mayor sustento epistemológico a la hora de argumentar y debatir con otros paradigmas.

Con respecto a los DDHH, Amarante (2017) afirma que: “é um fator privilegiado e estratégico que impões uma diferença, uma radicalidade, nas políticas públicas de saúde mental e por isso ele estabelece os vínculos da rede de temas que lhes são perpassados e transpassados” [Son un factor privilegiado y estratégico que impone una diferencia, una radicalidad, en las políticas públicas de salud mental y por eso, establece los lazos con la red de temáticas que las atraviesan] (p.14). El autor argumenta que, por su condición de transversalidad, es que se hace necesario incluir el tema de los DDHH en todo tipo de intervenciones que involucren el trabajo con personas en situación de vulnerabilidad psicosocial, ya sea desde políticas públicas u organizaciones sociales, porque las propias características del campo de la SM así

¹ Y cita los siguientes ejemplos: “Los principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención en salud mental, las Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, la Conferencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina” (De León y Kakuk, 2013, p.70)

lo requieren: complejo, plural, transdisciplinar. En este sentido se entiende que uno de los aportes más valiosos de la introducción de la perspectiva de DDHH, es la condición de transversalidad de los mismos, ya que estos apuntan a garantizar todo un abanico de derechos que van mucho más allá del acceso a una buena calidad de atención en salud; abarcan todo lo que incluye el amplio y complejo campo de la SM. La perspectiva de DDHH incluye para las personas en situación de discapacidad psicosocial otros derechos que propone deben ser garantizados: como el derecho a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la autonomía, a la participación, a la no discriminación, a la inclusión en la comunidad -entre muchos otros-, en fin al goce de una vida digna y plena (Amarante, 2017).

2.1.1.3. Hitos en los Derechos Humanos y Salud Mental

A continuación se señalarán algunos hitos históricos internacionales respecto a la evolución de los DDHH en SM, y lo aportes más valiosos de estos documentos, no siendo el objetivo de este trabajo la reconstrucción de una historia exhaustiva acerca de los mismos.

La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (OPS/OMS), más conocida como la Declaración de Caracas, celebrada en noviembre de 1990, constituyó un mojón fundamental en relación a la asistencia de la SM en América Latina, por plantear una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del Hospital Psiquiátrico (Ottonelli, 2013), marcando “un hito jurídico y político” (Kakuk, 2013, p.72) en este sentido. Se identifican los efectos iatrogénicos de la atención en estos centros, enunciando la necesidad de cambiar hacia un abordaje comunitario, con énfasis en el primer nivel de atención y descentralizado; la promoción de modelos alternativos de atención; y que la internación psiquiátrica necesaria se realice en los Hospitales Generales (Ottonelli, 2013).

Un año más tarde, en Diciembre de 1991, se establecen los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (ONU, 1991). En ellos se expresa que todas las personas con enfermedad mental tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de SM, en pie de igualdad con los demás y sin ningún tipo de excepción o discriminación; y tendrán derecho a vivir, trabajar y ser atendidos en su comunidad. Esta atención tendrá como características el trato humanitario, humilde y respetuoso, recomendándose la interdisciplinaridad de los equipos. Se destaca el principio 17 que recomienda la creación de órganos de control y revisión, con carácter independiente, para la real garantía y vigencia de los DDHH.

En Noviembre de 2005, se celebra la “Conferencia regional para la reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, donde se redactan los llamados Principios de Brasilia: Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, con el propósito de evaluar los avances producidos. En esta instancia los estados

se reúnen “comprometiéndose a continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios éticos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas” (Kakuk, 2013, p.73). Se identifican avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica a nivel regional, destacándose valiosas experiencias y lecciones tanto de éxitos como de obstáculos en este sentido (OPS/OMS, 2005).

En los últimos años se destaca la Convención internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD] (ONU, 2006), que cabe aclarar incluye a las personas con Discapacidad mental y Psicosocial, marcando un antes y un después, ya que como afirman Palacios e Iglesias (2017) significó un cambio de paradigma que “irrumpió para visibilizar la exclusión y segregación de las personas con discapacidad” (p.19). Destacan la importancia del “pasaje jurídico de un modelo sustitutivo de la persona, bajo un manto de ‘protección’ hacia un modelo social” (Palacios e Iglesias, 2017, p.19). Desde este enfoque social, al decir de De León y Kakuk (2013), no se concibe la discapacidad como un problema individual, sino como un problema social creado cuando levantamos barreras sociales que impiden el acceso de las personas con determinadas limitaciones, a las mismas oportunidades que el resto. Por este motivo es que “el abordaje del problema requiere la acción social y es responsabilidad colectiva hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación completa de la persona con discapacidad en todas las áreas de la vida” (De León y Kakuk, 2013, p.68). La CDPD se construye “sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil entre otros” (Palacios e Iglesias, 2017, p.20). En palabras de Kakuk (2013): “Nada acerca de nosotros, sin nosotros” (p.70) fue el lema de trabajo que se escuchó fuerte en Naciones Unidas y constituyó el eje que se traduce hoy en la redacción y vigencia de la CDPD. Los países que la ratifican, se comprometen tanto a elaborar leyes y diseñar políticas públicas que garanticen los derechos y promuevan sus capacidades; como a eliminar leyes, normas y costumbres que generen: discriminación, estereotipos, y prejuicios que se contrapongan con el contenido de la misma (Palacios e Iglesias, 2017). En Uruguay se ratifica la CDPD en 2008, a través de la Ley nº18.408, y en 2010 se promulga la Ley nº18.651: “Protección integral a los derechos de las personas con discapacidad”, que amplía los derechos consagrados en la CDPD (Otonelli, 2013).

2.1.2. Desmanicomialización y Procesos de Reforma

*“Somos minoría: si acaso el proceso de desinstitucionalización se pare o vuelva atrás, queda probado que es posible tratar la locura sin manicomios”
(Basaglia citado en Evaristo, 2013, p.22)*

2.1.2.1. Desmanicomialización y Reforma de la Salud Mental

En cuanto al término “desmanicomialización” y su origen, cabe citar los relatos de Natella y Cohen (2013). Expresan fue acuñado en Argentina, utilizado por primera vez en 1988 por el Departamento de SM de la provincia de Río Negro para denominar al proceso de transformación del Sistema de SM de la misma. Cuando el término fue presentado en Italia fue cuestionado por los colegas, pero el motivo real para usar “desmanicomialización” fue contextual, debido a que en Argentina recién se estaba retornando a la democracia y hablar de “desinstitucionalización” era muy poco feliz en dicho período en que el retorno a las instituciones simbolizaba el retorno al estado de derecho” (Natella y Cohen, 2013, p.116).

Sostienen que si bien el término expresa un absoluto cuestionamiento al hospital psiquiátrico, contenido en el prefijo “des” que significa en este caso desmontar el manicomio; comprendió así mismo el desarrollo de un sistema de atención integral y territorial que permitiera su sustitución definitiva. En este sentido afirman que a pesar de que el cierre de los manicomios no era uno de los objetivos planteados en el Plan de SM de 1985, y sí la mejora de las condiciones de internación, luego de varios años de trabajo la propia experiencia demostró que las medidas implementadas eran insuficientes ya que la reclusión y el abandono de las personas internadas continuaba más allá de los esfuerzos realizados. Fue así que: “se llegó a la conclusión de que el manicomio no era reformable... o se aceptaba su lógica de impunidad o se lo cerraba. No existían alternativas intermedias por más humanistas y bien intencionadas que fueran” (Cohen y Natella, 2013, p.114).

Según Cohen y Natella (2013) la desmanicomialización es un proceso complejo que comprende dos dimensiones: la de los *valores* y la *técnico-metodológica*. La dimensión de los *valores* se expresa en una determinada concepción de la atención en SM. Ellos guían la tarea, son universales, y se encuentran plasmados en declaraciones internacionales que protegen los derechos. Estos valores cuestionan el trato autoritario, abusivo, y de control, y al mismo tiempo promueven: el respeto en general y por las diferencias en particular, la justicia, la igualdad, la solidaridad, el servicio al individuo y a la comunidad, la cercanía y el afecto como instancias terapéuticas, la empatía, la confianza en las posibilidades y capacidades de las personas, y el trabajo en equipo (Cohen y Natella, 2013).

La dimensión *técnico-metodológica*, según Natella y Cohen (2013) fue la puesta en práctica de estos valores y principios, plasmados en una política de desmanicomialización.

De esta manera, según los autores citados la desmanicomialización es un concepto multidimensional que abarca diferentes aspectos, y puede definirse como:

1. Una actitud hacia la promoción de personas y comunidades: ya que las intervenciones se caracterizan por un ánimo de estimular e impulsar a las personas, familias y comunidades hasta sus máximas posibilidades de avance y desarrollo.

2. Una concepción sobre un nuevo Sistema de atención en Salud Mental: sostienen que la esencia de la desmanicomialización fue volver innecesario al hospital psiquiátrico resolviendo las crisis en una red de servicios sociales sustitutivos: “en síntesis, la prioridad fue ‘abrir antes, para cerrar después’” (Natella y Cohen, 2013, p.122).

3. Una técnica, una metodología y una estrategia, que construyó una nueva práctica: Natella y Cohen (2013) conciben que la desmanicomialización se distingue del mero discurso y que es fundamentalmente una práctica: “que demuestra día a día que se puede trabajar sin manicomio” (p.124). Tiene como objeto de intervención: al sujeto, su familia, sus instituciones y su comunidad. La intervención con el sujeto se desarrolla desde una clínica comunitaria, basada en intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas y psicosociales. En cuanto a la atención comunitaria, aclaran que la misma no refiere solo a un cambio de lugar geográfico de la intervención –que si así fuera sería bastante sencillo-, sino fundamentalmente a la transformación de prácticas, doctrinas y actitudes, del quehacer del profesional, que aseguran fue el cambio más difícil que hubo que afrontar.

4. Una política pública de Salud Mental comunitaria: ya que la desmanicomialización es también una política de descentralización sanitaria y social: “descentralización: del hospital psiquiátrico, de los especialistas, de los saberes únicos, de lo especializado como máxima complejidad de atención” (Natella y Cohen, 2013, p. 125). Se basa en el modelo comunitario de atención, ya que el mismo aumenta la disponibilidad y calidad de los servicios, mejorando significativamente la accesibilidad. En síntesis, lo comunitario implica la construcción de un sistema de SM que funcione como una red de servicios y que dé respuesta a la complejidad de los problemas de SM, y a las necesidades de: internación en caso de crisis, rehabilitación e inclusión social, y asegure la continuidad de los cuidados (Natella y Cohen, 2013).

2.1.2.2. Procesos de Reforma en Salud Mental

Los primeros impulsos de reforma de la atención de la SM datan de hace más de medio siglo, momento en el cual comienzan a cuestionarse el manicomio y la cultura manicomial (Evaristo, 2013), destacándose en este sentido, los siguientes países como pioneros a nivel mundial: EEUU (1960), y en Europa (1970): Italia, Francia e Inglaterra (De León, 2017).

Según Castel (citado en De León y Techera, 2017) los años 60 y 70, fueron tanto para Europa como para EEUU años convulsionados pero prolíferos. En este sentido, Evaristo (2013) afirma que Italia se encontraba en un momento social favorable a innovaciones, ampliación de derechos, y redistribución de recursos, luego del boom económico de posguerra que favorecía una conciencia civil más democrática en diversas instituciones. Galende (citado en Stolkiner, 2015), agrega que este clima de defensa de DDHH, así como la aparición de los sistemas de salud estatales planificados, junto al avance de la psicofarmacología, fueron factores que incidieron en ese momento en una transformación del campo de la SM, que antes era

hegemonizado por la “medicina mental”, donde comienza a cuestionarse acerca de la “enfermedad mental” y quiénes deben tratarla, y surgen las políticas en SM.

Respecto a los procesos de reforma, Castel (citado en De León y Techera, 2017) sostiene que la mayoría de las veces estos procesos consisten en cambios seriados en lugar de una real metamorfosis del sistema. Por su parte, Galende (citado en De León y Techera, 2017) afirma que al evaluar estos procesos, pocas veces se han logrado transformar las relaciones de poder.

Sin embargo, podemos citar el caso de Italia como país emblema si se trata de reformas, quien tuvo como líder del movimiento de desinstitutionalización al pensador y técnico reformador Franco Basaglia, y como escenario privilegiado la ciudad de Trieste. Esta lucha se vio materializada en la famosa Ley Nacional nº180 (1978) conocida como: “Ley Basaglia”, que cabe destacar fue muy avanzada para la época ya que estableció el cierre de todos los manicomios italianos, y prohibió el uso terapéutico de la reclusión y el electroshock, entre otros avances. Basaglia propone abandonar los ámbitos de encierro para afrontar con respeto la diversidad, organizando acciones de recuperación biopsicosocial a través de la intervención en los ámbitos de vida de las personas, y la inclusión de actores en el cuidado que no son necesariamente especialistas sino cualquier persona que interactúa en el medio trabajando con los técnicos (Evaristo, 2013). Estos objetivos han sido logrados y la atención en Italia se basa en un modelo comunitario, aunque según este autor aún sigue siendo necesario luchar contra la cultura manicomial que “siempre pretende separar el bien del mal, lo funcional de lo disfuncional” (p.14). Frente al cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, se construyó una completa red de Servicios Públicos de SM en todo el territorio nacional. En lo que refiere a la financiación de las reformas de SM, considerando que muchos detractores argumentan su postura en relación al alto costo que la misma significa, Evaristo (2013) afirma que la red de atención actual en Trieste que en primera instancia puede aparentar ser costosa, se calcula que insume la mitad del gasto que implicaba la manutención del hospital psiquiátrico que centralizaba todos los servicios de atención antes de la reforma.

2.1.2.3. Reformas de Salud Mental en la región

Si se piensa en América Latina y la región, en los años 60 y 70, la situación era completamente otra: los países estaban sufriendo el despliegue del terrorismo de estado con las dictaduras militares y cívico-militares. El impacto de los movimientos de reforma a nivel mundial, con incipientes repercusiones en algunos países de la región, fue rápidamente desmantelado tras la llegada de las dictaduras; así como también se observó durante las mismas el ejercicio del poder y su recrudescimiento institucional en los escenarios manicomiales (De León y Techera, 2017). Por este motivo, en Latinoamérica y el Caribe fue recién luego de las reaperturas democráticas -con la inclusión de la perspectiva de derechos- que comenzaron los procesos

de reforma, profundizándose fundamentalmente durante la década de los 90.

Los procesos de reforma en la región aún continúan en desarrollo y han sido heterogéneos dependiendo: de los distintos marcos jurídicos que los han acompañado, de los niveles de movilización y participación, de los recursos económicos que se destinan, y de la existencia de órganos de contralor para garantizar los cambios propuestos (De León y Techera, 2017). En el caso de Brasil, según Amarante (citado en De León y Techera, 2017) puede ubicarse el inicio del proceso de reforma entre 1978 y 1980, teniendo como protagonistas diversas organizaciones sociales, entre las que se destacó el Movimiento de los Trabajadores de la SM, que lideró el proyecto de reforma y desarrolló una frontal crítica al saber psiquiátrico tradicional, así como un sinfín de denuncias contra el gobierno, que revelaban las condiciones inhumanas, de negligencia y violencia en que vivían las personas internadas en los hospitales psiquiátricos públicos. Luego se sumó a este movimiento la participación de organizaciones de familiares y usuarios; así como organizaciones académicas que sentaron las bases teóricas y prácticas de la reforma.

Es en los 90 que el proceso de desinstitucionalización comienza a concretarse, a través de la creación de los CAPS: Centros de Atención Psicosocial, y los NAPS: Núcleos de Atención Psicosocial. Aprobándose en 2001 la Ley nacional N°10.216, que promueve un modelo de atención comunitario, la inclusión social y la búsqueda de autonomía de las personas (De León y Techera, 2017). Tosta (citado en De León, 2013) afirma que la reforma brasileña ha realizado una importante transformación y ha logrado cambiar la dirección del modelo de atención en SM. Los siguientes datos son ejemplo ilustrativo de este proceso de transformación: a fines de 1980 se disponía de 85.000 camas psiquiátricas en el Sistema Único de Salud, reduciéndose a menos de 26.000 en el año 2014. En cuanto a las medidas alternativas: se han creado 2.200 CAPS en todo el país, y unas 700 viviendas terapéuticas (Fagundes y Col. Citado en De León y Techera, 2017). Como debilidades De León y Techera (2017) señalan que aún no se ha logrado el cierre definitivo de los Hospitales Psiquiátricos Monovalentes, y que la Ley antes mencionada, no incluyó un Órgano de revisión, lo que ante el avance de las políticas neoliberales puede generar retrocesos en las conquistas de la perspectiva de derechos.

Argentina fue uno de los países pioneros en cuanto a movimientos de reforma en la región. Vainer (citado en De León y Techera, 2017), sostiene que ya hacia 1967 surgía un Plan Nacional de SM, pero según afirma Stolkiner (2015): “este florecimiento sucumbiría...bajo la forma del terror de estado en la última dictadura cívico-militar... Se desarticulaban los servicios, se vaciaron las unidades académicas y muchos de sus principales protagonistas fueron víctimas de la desaparición, acallamiento y exilio” (p.6). Con la reapertura democrática, comienza un proceso intenso de cuestionamiento al sistema de atención dominante, desarrollándose numerosas experiencias alternativas de atención en varios puntos del país.

Entre ellas se destaca la experiencia de desmanicomialización de la provincia de Río Negro, que en 1991 consiguió sancionar la Ley de SM nº2.440, que exigía: el cierre de hospitales monovalentes, la prohibición de terapias invasivas como el electroshock, la creación de camas en hospitales generales, desarrollo de equipos móviles para el abordaje de crisis agudas, la promoción del tratamiento comunitario y programas de inclusión laboral, entre otras medidas. Esta valiosa reforma, dio lugar en los años siguientes a otros procesos de reforma respaldados en leyes provinciales de SM, como en: Santa Fe, San Luis y Entre Ríos, entre otras (De León y Techera, 2017; De León, 2013). Gracias al impulso del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional se logra finalmente la Ley Nacional de SM nº26.657, votada en el año 2010 y reglamentada en 2013 (De León y Techera, 2013), que propone los siguientes cambios: fecha tope de cierre de hospitales monovalentes; internaciones ante crisis en Hospitales Generales con servicios adecuados; creación de dispositivos asistenciales comunitarios como hospitales de día y casas de convivencia para quienes requieren de cuidados prolongados, evitando que las personas permanezcan internadas años por simples carencias sociales (Stolkiner, 2015). Modifica así mismo algunas prácticas habituales, defendiendo los derechos de las personas como por ejemplo: a permanecer acompañados, rompiendo con el aislamiento que se suele establecer por norma al inicio de las internaciones, a tomar decisiones en su tratamiento, y se promueve que los diagnósticos y decisiones sean tomados por un equipo interdisciplinario, que por ejemplo en el caso de las internaciones debe contar con por lo menos un psicólogo o un psiquiatra (Stolkiner, 2015). Esta Ley cuenta como fortaleza principal con la creación de los siguientes organismos: el Órgano de Revisión de SM y DDHH, la red provincial de Órganos de Revisión, y el Consejo Consultivo Honorario. Dentro de estos organismos participan en la toma de decisiones organizaciones de usuarios y familiares, lo cual ha generado un impacto positivo motivando a replicar estas organizaciones en otros rincones del país (Stolkiner, 2015). Según De León y Techera (2017) otra de las fortalezas de la reforma argentina ha sido la formación de recursos humanos desde una perspectiva de derechos. Como debilidades identifican los insuficientes recursos económicos destinados a apoyar este proceso de desmanicomialización, así como los intentos de ciertas voluntades políticas de los últimos gobiernos de turno de modificar las políticas de SM antes mencionadas. Stolkiner (2015) agrega que la implementación de la Ley se complejiza por la organización federal del país, así como por la presencia de actores históricos como las corporaciones psiquiátricas y la industria farmacéutica, que se resisten a perder espacios de poder e intereses.

En el caso de Chile también “a fines de los sesenta comenzaba un proceso de rectificación de las modalidades discriminativas y estigmatizantes” (De León, 2013, p.90). Sin embargo, así como en los países antes mencionados, la dictadura militar retrasó este avance. De esta manera, es hacia a la década de los 90, con la vuelta de la democracia que se retoman los

impulsos de reforma, diseñándose en 1993 el primer Plan Nacional de SM (De León, 2013). Minoletti y Col. (citados en De León, 2013) afirman que en este momento se comienza el proceso de cambio hacia un nuevo modelo de atención, acorde a las recomendaciones de organismos internacionales en Salud. Agrega que dicho Plan fue reformulado en el año 2000 con una importante participación de la sociedad civil, y se caracteriza por una concepción integral de la atención, proponiendo intervenciones de carácter preventivo en los tres niveles: diagnóstico oportuno, tratamiento temprano y rehabilitación. Como desafíos en este proceso de reforma identifican: la necesidad de promover la formación de recursos humanos, el desarrollo de dispositivos sustitutivos de atención, destinar mayores recursos económicos, así como la implementación de defensorías legales en defensa de los usuarios (Minoletti citado en De León, 2013).

2.1.3. Salud Mental en Uruguay

2.1.3.1. Breve historia del nacimiento del campo de la Salud Mental en Uruguay, y de la creación de los primeros servicios de atención en Salud Mental

Puede afirmarse que en Uruguay se comienza a discutir “sobre las formas y concepciones del tratamiento de las llamadas enfermedades mentales por lo menos desde fines del siglo XIX” (Techera et al., 2013, p.16). El Manicomio Nacional -primer hospital psiquiátrico- fue inaugurado en 1880, llamado más tarde Hospital Vilardebó. Este hecho junto a la creación de la Facultad de Medicina, permiten ubicar en esta época el surgimiento de la psiquiatría como disciplina en nuestro país. Más tarde, hacia comienzos del s. XX, y como respuesta a la sobrepoblación del hospital (Techera y Apud, 2013), se crean las Colonias Etchepare (1912) y Santín Carlos Rossi (1932), consideradas en el momento como de vanguardia, ya que imitaban los modernos centros de internación europeos (Techera et al., 2013). Desde ese entonces las colonias y el Hospital Vilardebó “forman parte del esqueleto social que sostiene la atención en salud mental para aquellos sectores de la población afectados por la vulnerabilidad social” (Techera y Apud, 2013, p.28).

2.1.3.2. Evolución de las Políticas Públicas en Salud Mental

Según Techera et al. (2013), puede identificarse un primer período en cuanto al modelo de atención en SM, predominantemente manicomial, sustentado en la Ley nº9.581 de 1936 -llamada de “Asistencia a psicópatas”-, desde los inicios en 1880 hasta fines de la década del '60, que fue interrumpido por el informe Pierre Chanoit (OPS/OMS) de 1966, y finalmente por la irrupción de la dictadura cívico militar en nuestro país. El crítico informe realizado por Chanoit, consultor de la OPS invitado por el MSP, diagnosticó las carencias del modelo de

atención en SM centrado en el manicomio y señaló la necesidad de avanzar en la transformación del mismo (Techera et al., 2013), logrando captar la atención de las autoridades (Techera y Apud, 2013). Dicho informe sirvió de inspiración para el diseño de un Plan de SM en 1972, que no pudo desarrollarse debido al golpe de Estado en 1973. Según afirma De León (2013): “luego de más de una década de recrudescimiento de las Instituciones de encierro en el marco del terrorismo de Estado” (p.91), desde la Concertación Nacional Programática, la Comisión Nacional de SM, y la participación de más de 20 organizaciones e instituciones vinculadas a la problemática, se crea un Plan Nacional de SM (PNSM), que fue aprobado por el MSP en 1986, y recogió a su vez los lineamientos del plan anterior. Tuvo como objetivos: la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de SM en los hospitales generales, la descentralización de los servicios hacia el interior del país y la creación de centros de rehabilitación, entre otros (Techera et al., 2013). Según afirma Cano (2013) este plan fue importante, en el entendido de que “permitió desarrollar las primeras estructuras asistenciales a nivel territorial, al tiempo que se abrieron salas de salud mental en algunos hospitales generales” (p.120). Sin embargo y según afirman diversos autores, dicho plan nunca pudo ser desarrollado plenamente, por falta de presupuesto y voluntad política (Cano, 2013; De León, 2013; Techera et al., 2013; Techera y Apud, 2013).

En 1995 la ONG Mental Disability Rights International (MDRI), realiza una dura crítica a las instituciones psiquiátricas de nuestro país, y a otras carencias del sistema de atención en SM, identificando: “maltrato generalizado a los internados, el casi uso exclusivo de psicofármacos y electroshocks, la falta de personal especializado” (Techera et al., 2013, p.21). Plantean recomendaciones al Estado uruguayo, entre las que se destacan: profundizar en estrategias comunitarias y alternativas al modelo médico hegemónico; evitar la internación de los llamados “pacientes sociales”; fomentar programas de sensibilización sobre la temática; contar con formas de evaluación de los tratamientos y en especial del psicofarmacológico; reducir lo más posible el uso de terapia electro-convulsiva; y reactualización de la ley de SM (Techera et al., 2013).

En cuanto al contexto político, las décadas siguientes a la reapertura democrática, se caracterizaron por una “fuerte impronta neoliberal, donde los recursos destinados a la salud en general, y a la salud mental en particular fueron muy reducidos” (Techera et al., 2013, p.22), intensificándose procesos de desinstitucionalización pero sin los dispositivos de inclusión social y atención intermedia necesarios. A partir del 2005, con la asunción del gobierno de izquierda puede identificarse un cambio en relación a las políticas públicas en salud en general, y SM en particular. Es así que se crea la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de SM, con el objetivo de: “construir lineamientos participativos dirigidos a la Salud Mental, tanto desde las prestaciones específicas a desarrollar, como desde las perspectivas vinculadas a los aspectos culturales, legislativos, y

de DDHH concernientes a la problemática” (Techera et al., 2013, p.22). En el marco del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud), en 2011 se decreta el carácter prioritario de la SM, y la incorporación de prestaciones psicosociales y de psicoterapia, ampliando así, por primera vez el derecho a dichos servicios (Ginés, 2013). El Plan de implementación de prestaciones en SM prioriza: la prevención, promoción y detección precoz de las patologías.

2.1.3.3. Proceso previo a la aprobación de la Ley de Salud Mental nº19.529 (2017) y el papel de las organizaciones sociales

Batista (2019) afirma que las organizaciones sociales han sido las grandes impulsoras de la reforma, y que sus aportes pueden verse reflejados en documentos que proponen, concientizan, y generan información. Expresa que dieron a la “temática mayor visibilidad y lograron en algunos momentos ser foco de atención de la opinión pública” (p.136).

En 2009 el MSP convocó desde la CATP, a la formación de grupos de trabajo que se abocarían al cambio del modelo de atención en SM, y la adecuación a nivel de legislación a los estándares internacionales en materia de SM. El subgrupo Política, Legislación y DDHH en SM, se dedicó a la redacción del anteproyecto de Ley de SM, desde una perspectiva de derechos, y con el objetivo de sustituir la antigua Ley nº9.581, del año 1936, llamada de “Asistencia a Psicópatas” (De León y Kakuk, 2013). No obstante, el anteproyecto de Ley (2007-2009), producto del trabajo de la Comisión Redactora, quedó incompleto “y en suspenso por falta de voluntades políticas” (Baroni et al., 2013, p.179) hasta el año 2015. Acerca de los motivos Antúnez (Coordinadora de la Comisión Redactora) expresó: “trabajábamos buenamente hasta setiembre del 2009, tuvimos dificultades con la Sociedad de Psiquiatría, hicieron declaraciones críticas y polémicas, de ahí en lo que terminamos fue en un impasse” (citada en Baroni et al., 2013, p.182).

Sin embargo en este período de tiempo las asociaciones de la sociedad civil no desistieron, y continuaron movilizándose. Ejemplo de ello, es el trabajo de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (en adelante Asamblea Instituyente), creada en 2012, integrada por diversas organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios y familiares vinculados al campo de la SM, que tiene como objetivo producir visibilidad sobre las condiciones de vulneración de Derechos de las personas con padecimientos psiquiátricos (Asamblea Instituyente, 2013). Otras organizaciones que han participado firmemente en este proceso han sido: Colectivo Vilardevoz, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, IELSUR, Ciprés, Bibliobarrios, Proderechos, entre otras 50 organizaciones sociales, así como también académicas: Grupo de Trabajo de Salud Mental Comunitaria, la Facultad de Psicología, el Programa APEX-Cerro de la Udelar (De León y Techera, 2017). Por su parte, el Colectivo Radio Vilardevoz, también

ha sido un actor protagonista en este proceso. Creado en 1997, e integrado mayormente por usuarios, psicólogos y estudiantes, se sostiene en tres pilares fundamentales: Participación, Comunicación y SM. Sus objetivos son: hacer escuchar la voz de los propios usuarios, promover la discusión y el debate social acerca de la locura, así como la producción de conocimiento y formación profesional en el área de la Salud Comunitaria (Jiménez, Baroni, Giordano, Cresci, Planchesteiner, 2013).

A su vez a partir del año 2012, la Asamblea Instituyente organiza la Marcha por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna, que se realiza todos los 10 de octubre hasta la fecha como forma de dar visibilidad a las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas y luchar por un cambio en el modelo de atención manicomial.

En marzo de 2015 un lamentable hecho conmueve a la opinión pública: muere un usuario internado en la Colonia Etchepare, tras ser atacado por una jauría de perros. Estas penosas condiciones de la asistencia psiquiátrica, no eran novedad, pero la difusión del hecho ocurrido a través de los medios de comunicación, logró volver a poner el tema en el tapete, y reavivar el debate (Batista, 2019). Es en mayo del mismo año, que el Programa de SM del MSP vuelve a convocar a la CATP, y al trabajo en subgrupos para la elaboración de un anteproyecto de Ley de SM. A partir de allí se acelera el proceso, y hacia fines del año 2015, el parlamento tenía a estudio dos proyectos de Ley de SM, uno elaborado por el MSP, y otro elaborado por un conjunto de organizaciones sociales (Batista, 2019), que a su vez se comprometieron a seguir intercambiando y acercando aportes al respecto (Asamblea Instituyente, 2015, párr. 13). Según De León y Techera (2017), la oposición al Proyecto de Ley del MSP “representan la ‘punta del iceberg’ que en su mayor dimensión, confronta dos miradas” (p.59). Sostienen que se produce una tensión entre ambas perspectivas, donde una representa un modelo transformador, basado en la concepción de la SM desde una perspectiva de Derechos, donde la persona es el centro; mientras que la otra perspectiva “parece representar la continuidad del actual paradigma, basado fundamentalmente en la concepción de trastorno y enfermedad mental, dándose –por la vía de los hechos- la continuidad a los actuales tratamientos y modalidades de atención” (p.59).

En octubre de 2016 la cámara de senadores da su aprobación al Proyecto de Ley de SM, tomando como base el anteproyecto de Ley del MSP, y agregando algunas modificaciones (Batista, 2019). Entre los meses de abril y junio, previo a ser aprobada la Ley, la cámara de representantes recibe delegaciones (Batista, 2019), como consecuencia del reclamo de distintos actores que aún continuaban en desacuerdo con algunos puntos de la Ley, entre ellos diversas organizaciones sociales nucleadas en la Comisión Nacional por una Ley de SM. Dicha Comisión planteó varios puntos que solicitaba fueran contemplados, entre los que se destacan (“Comunicado de la Comisión Nacional por una ley de Salud Mental”, 2017; Batista, 2019; Udelar, 2016):

1. Eliminar el término “trastorno mental”, cambiándolo por persona usuaria.
2. Abordaje interdisciplinario e integral en todo el proceso de atención en SM: Internaciones agudas en Hospitales Generales en unidades interdisciplinarias de SM.
3. Garantías y plazos para internaciones involuntarias, que no deben fundarse únicamente en el criterio médico. Revisión de todas las terapéuticas iatrogénicas y coercitivas, como uso indiscriminado de electrochoques, medidas de sujeción y sobre medicación, entre otras.
4. Cierre de todas las instituciones asilares y hospitales monovalentes públicos y privados a nivel nacional, con un cronograma y plan de cierre.
5. Desarrollo de planes sustitutivos y alternativos a los abordajes tradicionales.
6. Creación de un Órgano de Revisión y Supervisión independiente y autónomo que garantice la protección y el ejercicio de los Derechos Humanos.

Tras un largo proceso finalmente el 9 de Agosto de 2017, se da aprobación a la nueva Ley de Salud Mental nº19.529. De los planteos mencionados anteriormente, la mayoría fueron desestimados, y respecto a varios de ellos no se establece una postura clara o quedan librados a su reglamentación. El cuarto punto fue contemplado y plasmado en el Art. 38, quedando prohibida la creación de nuevos centros asilares y hospitales monovalentes, así como la internación de personas en los centros ya existentes (Batista, 2019). Según Batista (2019) a pesar de todas las diferencias expresadas, que aún sostienen las organizaciones sociales, la aprobación de la Ley “es en definitiva un paso hacia la salida del paradigma de la enfermedad mental que nos acerca a las nuevas concepciones en torno a la salud mental y los derechos humanos” (p.135).

Desde la promulgación de la Ley a la actualidad, las organizaciones sociales han continuado trabajando y reorganizándose, ejemplo de ello es la creación del Frente Antimanicomial, espacio político de articulación y defensa de los DDHH, conformado por organizaciones sociales, colectivos y personas que luchan por dismantelar la lógica manicomial, y reivindicar el derecho a la SM desde una perspectiva integral e intersectorial (Frente Antimanicomial, 2019).

2.2. CAPÍTULO 2: PANDEMIA POR COVID-19

2.2.1. La irrupción de la pandemia por el contagio del virus COVID-19, a nivel global, regional y local, y sus efectos sociopolíticos

Debido a la propagación del virus COVID-19 (SARS-CoV-2), que comenzó en diciembre de 2019, en Wuhan (República Popular de China), el 11 de marzo de 2020 la OMS declara que la enfermedad ya es una Pandemia, con una alta tasa de personas infectadas provenientes de 114 países (“Pandemia de enfermedad por coronavirus de 2019-2020”, s/f). A pesar de las

diversas investigaciones aún no existe una vacuna ni tratamiento antiviral específico. Por este motivo, las medidas tomadas apuntan sobre todo a la prevención. Con el objetivo de frenar propagación del virus, los gobiernos han tomado diferentes medidas, entre ellas han impuesto cuarentenas, confinamientos -en algunos países obligatorios-; se han cerrado escuelas, liceos y universidades; así como todo tipo de locales comerciales, de entretenimiento y culturales. Por este motivo, además “de las consecuencias sobre la vida y la salud, las consecuencias económicas son devastadoras” (Moya y Willis, 2020, p.4), debido a la drástica reducción de la actividad económica, y el correlativo aumento del desempleo.

A nivel regional, Brasil y Argentina han sido gravemente afectados por la pandemia, ubicándose Brasil en el tercer lugar del ranking de países con mayor número de infectados a nivel mundial, y Argentina en el quinto (“Coronavirus [COVID-19]”, 2020).

El 13 de marzo se confirman los primeros cuatro casos en Uruguay, (“MSP confirmó primeros cuatro casos de coronavirus en Uruguay”, 2020), y el mismo día el gobierno declara de forma preventiva la emergencia sanitaria, y anuncia las primeras medidas. Un día después define la suspensión total de clases presenciales en centros educativos públicos y privados de todo el país por los próximos 14 días (Presidencia de la República, 2020), medida que luego se extendió hasta fines de mayo, y aún a octubre no se ha logrado un regreso total a la presencialidad. Si bien nunca se llegó a declarar un confinamiento obligatorio, los ciudadanos acataron en gran medida la sugerencia de aislamiento físico como medida preventiva.

A continuación se mencionaran algunas de las consecuencias políticas, sociales y económicas más relevantes, así como también sus posibles efectos a nivel de la producción de subjetividad. Según Moya y Willis (2020) pocos hechos sociales han tenido tanto impacto sobre la psicología humana como la pandemia por COVID-19, debido a la cantidad de personas a las que ha afectado, así como por las diversas esferas de la vida humana en las que ha influido. Según Yáñez (2020) la dimensión del impacto se debe a la actual hiperconectividad y globalización hiperbólica. Estas características del mundo actual, han inundado a las personas de noticias alarmantes, generando emociones de: ansiedad, estrés, y frustración (Duan y Zhu, citados en Extremera, 2020). Siguiendo con Moya y Willis (2020), este momento se caracteriza por una enorme incertidumbre, ya no se sabe que esperar del futuro laboral, relacional, o familiar, “ha cambiado nuestra forma de trabajar, de estudiar, de divertirnos, de hacer deporte, etc. Y no sabemos si todos estos cambios, tan drásticos, perdurarán o se disiparán con el tiempo” (p.5). Por estos y otros motivos, afirman que la salud psicológica de gran parte de la humanidad se está viendo seriamente afectada, y probablemente dichos efectos sean duraderos.

Otra de las transformaciones ha sido la enorme expansión del teletrabajo y la enseñanza online, como consecuencia del confinamiento. Según Preciado (2020) se da un

desplazamiento en las técnicas biopolíticas, desde las instituciones tradicionales de encierro y normalización hacia el domicilio personal, que “aparece ahora como el nuevo centro de producción, consumo, y control biopolítico” (p.179).

Varios cambios dados a raíz de la pandemia pueden –aunque tal vez apresuradamente-, ser considerados como transformaciones a nivel de la subjetividad, considerándola como los “modos concretos, imaginarios y simbólicos de hacer, pensar, sentir, decir y fantasear” (Kazi y Pellegrini, 2003, p.195). El ejemplo más claro de ello, es el cambio drástico en las relaciones interpersonales (Moya y Willis, 2020) a raíz del aislamiento y distanciamiento físico, el uso de mascarilla, etc. Yáñez (2020, citando a Agamben) afirma que el hecho de que cualquiera sea un potencial portador del virus produce apatía y miedo al otro/a, lo que puede constituir un daño irreparable a nuestra capacidad afectiva hacia el prójimo.

Siguiendo a De Sousa Santos (2020), una de las crueles lecciones que ha dejado esta situación, constituye el hecho de que “las pandemias no matan tan indiscriminadamente como se cree” (p.65), y “discriminan tanto en términos de su prevención, como de su expansión y mitigación” (p.66). De esta manera no sólo quedan a la luz las desigualdades, la discriminación, la injusticia y las ineficiencias propias del sistema (previas a la crisis) sino que afirma que contrariamente a lo que transmiten los medios de comunicación la pandemia también “refuerza la injusticia, la discriminación, la exclusión social y el sufrimiento inmerecido que provocan” (pp.58-59). Según el autor, las pandemias “solo se convierten en problemas globales graves cuando se ven afectadas las poblaciones de los países más ricos del norte global” (p.72), ya que por ejemplo el sarampión o la malaria en 2016 mataron a 405.000 personas, en su mayoría africanos, y esto no ha sido noticia.

Por otro lado, durante la pandemia se ha observado un resurgimiento de prácticas y discursos disciplinantes, totalizadores e higienistas por parte de distintos actores, entre ellos: los medios de comunicación, los gobiernos, y profesionales de las ciencias con pretensión de verdad, entre otros. Aragonés y Sevillano (2020) afirman que “según se oriente la información del COVID-19 se condicionará la percepción del riesgo. En esta línea, los medios de comunicación juegan una función fundamental amplificando o reduciendo el riesgo” (pp.75-76). Respecto al disciplinamiento implícito en la gestión de la pandemia por parte de los estados, y que ha quedado tan a la vista en esta situación, ha llamado considerablemente la atención el caso de Asia (China, Japón, Corea), que ha desplegado un verdadero sistema policíaco y de vigilancia digital, que por cierto no es nuevo, pero ha demostrado su ferocidad y “eficacia”, lo que ha suscitado diversas opiniones al respecto.

La cuestión acerca de si el capitalismo será o no capaz de sobrevivir al gran golpe que ha recibido con la irrupción de la Pandemia, ha despertado opiniones controvertidas.

Harvey (2020), se pregunta cómo podría “con su decaída legitimidad y delicada salud, absorber y sobrevivir a los inevitables impactos” (p.82) de la pandemia, ya que afirma que en

casi todas partes del mundo la misma ha sorprendido a los sistemas de atención sanitaria escasos de personal, haciéndolos colapsar. Son varios los autores que como Harvey (2020) aseveran que esto es consecuencia de cuarentena años de neoliberalismo en las américas y europa, donde se ha recortado la financiación de la salud pública en nombre de una política de austeridad. Del otro lado del debate, hay quienes disienten con estas hipótesis, entre ellos Horvard (citado en Berardi, 2020), quien afirma que a pesar del impacto en la economía global, el virus “no detendrá la circulación y la acumulación de capital. En todo caso, pronto nacerá una forma más peligrosa de capitalismo, que contará con un mayor control y una mayor purificación de las poblaciones” (p.44). La discusión es pertinente, y aún no puede saberse el escenario político y económico futuro, pero se coincide con De Sousa Santos (2020) en que claramente: “la extrema derecha y la derecha hiperneoliberal han sido (con suerte) definitivamente desacreditadas” (p.69), y evidentemente “como modelo social el capitalismo no tiene futuro” (p.66). En este sentido, una de las innegables enseñanzas de la pandemia, al decir de De Sousa Santos (2020), es la necesidad de los estados de reforzar el sistema público de salud: asegurar el acceso universal a sus servicios, así como invertir en formación e investigación. Asimismo será fundamental tomar conciencia del cuidado del ambiente. Por último y no menos importante, ha resultado significativo el hecho de que durante la pandemia, se ha dado una suerte de ralentización de la vida diaria (Harvey, 2020), ya que las personas (algunas) han podido dedicarle más tiempo al hogar, a los hijos, a dejar de consumir; y puede que para algunos haya sido una oportunidad para parar y cuestionarse acerca de la vida que llevamos (De Sousa Santos, 2020). Según Agamben (2020), difícilmente para aquellos que han mantenido un mínimo de claridad sea posible volver a vivir como antes. De repente se ha parado el mundo y “se desmorona la idea conservadora de que no hay alternativa a la forma de vida impuesta por el hipercapitalismo en el que vivimos” (De Souza Santos, 2020, p.21). Al decir del autor, esta es una oportunidad para pensar colectivamente otras maneras de vivir. Tal como expresa Berardi (2020) el futuro es incierto, sin embargo “la igualdad ha vuelto al centro de la escena. Imaginémosla como el punto de partida para el tiempo que vendrá” (p.54).

2.2.2. Efectos de la pandemia por COVID-19 en las personas con discapacidad psicosocial, aquellos que padecen el encierro y/o la exclusión social

Tal como se expuso anteriormente, la desigualdad socioeconómica -producto del sistema económico reinante en la mayoría de los países del mundo actual-, se ha profundizado como consecuencia de la pandemia y la crisis concomitante. Según De Sousa Santos (2020), la cuarentena es siempre discriminatoria, y existen algunos grupos de personas para los cuales se torna particularmente difícil, aquellos “que tienen en común una vulnerabilidad especial que

precede a la cuarentena y se agrava con ella” (p.45). Expone con claridad que gran parte de la población mundial, no tiene si quiera la posibilidad de seguir las recomendaciones de prevención de la OMS, por diversos motivos. Dentro de esta población menciona las personas privadas de libertad, ya que en su mayoría viven en condiciones de hacinamiento; entre ellas pueden incluirse las personas institucionalizadas por discapacidad psicosocial. Pujol (2020) coincide con que la emergencia sanitaria ha afectado aún más a los grupos vulnerables “fragilizando en mayor medida el derecho a la salud mental” (párr. 3). De acuerdo a lo expuesto, no quedan dudas de que esta situación ha puesto en peligro el ejercicio de los DDHH más fundamentales para el conjunto de los usuarios, incluido el derecho a la SM. De aquí en más el análisis hará foco en el impacto de la pandemia los usuarios de SM, en aquellos que padecen el encierro por encontrarse institucionalizados, así como en quienes habiendo transitado por dichas instituciones en el pasado, hoy padecen el desamparo y la exclusión social, encontrándose incluso algunos de ellos, en situación de calle. Como respuesta a esta situación, desde los primeros días de la pandemia surgen recomendaciones de diversas organizaciones que: brindan directrices a las autoridades sanitarias, guían la labor de los trabajadores de la SM, y recuerdan ante todo la necesidad y responsabilidad que les compete a los estados, de proteger los derechos de esta población, sobre todo en situaciones de emergencia.

2.2.2.1. Recomendaciones internacionales

Días después de declarada la pandemia, la OMS (2020) emite el comunicado: “Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19”, alertando que los residentes de estos centros “constituyen un grupo de población vulnerable que presentan un mayor riesgo de desenlaces adversos e infecciones al convivir en estrecha proximidad con otras personas” (p.1). Asimismo advierte sobre las consecuencias que puede tener la restricción de las visitas, y de las actividades grupales, para la salud y el bienestar de los residentes y trabajadores de dichas instituciones. En este sentido afirma que “se deberán estudiar las alternativas a las visitas presenciales -como las llamadas de teléfono o videollamadas- o el uso de paneles de plástico o vidrio para separar a los residentes de los visitantes” (p.2).

Por su parte, la ONU (2020) emite el documento “COVID-19 y los Derechos de las Personas con Discapacidad: Directrices” (que incluye a las personas con discapacidad psicosocial). Este documento se destaca por su profundidad, ya que analiza el impacto de la pandemia en distintos ámbitos y áreas de la vida de las personas con discapacidad (en la comunidad, personas institucionalizadas, sin hogar; y a nivel económico, educativo, etc.), al mismo tiempo que expone en cada ítem lo que llama prácticas promisorias, que se han implementado en distintos países y que han resultado exitosas, medidas que recomienda adoptar a Estados e

interesados, y recursos sobre cómo asegurar respuestas inclusivas y basadas en DDHH. En primer lugar, afirma que el virus amenaza a toda la sociedad pero “las personas con discapacidad se ven impactadas de manera desproporcionada” (p.1). Esto se debe a la vulnerabilidad preexistente, ya que además de presentar mayor riesgo de contraer el virus “debido a las condiciones de salud subyacentes, a la dificultad de cumplir con el distanciamiento físico entre los residentes y el personal, y al abandono por parte del personal” (p.3), se enfrentan a desigualdades aún mayores, acrecentándose las barreras en el acceso a la atención en salud durante la pandemia debido a la inaccesibilidad de la información y los entornos sanitarios, así como a directrices y protocolos médicos selectivos que pueden aumentar la discriminación en su acceso a los servicios de salud. Por otro lado, afirma que las personas con discapacidad siguen sufriendo discriminación y barreras para acceder a ayudas económicas, un derecho humano básico ante situaciones de emergencia. Frente a ello recomienda a los estados “proporcionar ayuda financiera a las personas con discapacidad que no tengan ningún ingreso (por ejemplo, pagos de una suma determinada; medidas de reducción de impuestos, subsidios de bienes, etc.)... aumentar las prestaciones de discapacidad existentes” (p.5), etc.

Respecto a las personas institucionalizadas agrega que “también corren un mayor riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humanos, como el abandono, la restricción, el aislamiento y la violencia” (p.3). En este sentido recomienda a las autoridades “dar de alta y liberar a las personas con discapacidad de las instituciones” (p.3) para “‘recuperarse mejor’, adoptando y reforzando las estrategias de desinstitucionalización para cerrar las instituciones y que las personas regresen a la comunidad” (p.4), asegurando y reforzando los apoyos y servicios basados en la comunidad, y financiándolos en caso de ser necesario.

En esta misma línea, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU emite una declaración en la que afirma que los estados deben “garantizar la seguridad e integridad de las personas con discapacidad y acelerar las medidas de desinstitucionalización de las personas con discapacidad de todo tipo de instituciones” (ONU-ACNUDH, 2020, párr.5). Argumenta que la pandemia ya ha afectado estos centros de detención, y que “existen mayores riesgos para las personas con discapacidad que aún se encuentran en ellos” (ONU-ACNUDH, 2020, 5º párrafo). Asimismo recuerda que: “el artículo 11 de la CDPD establece que los Estados partes tomarán todas las medidas posibles para garantizar la protección y seguridad de las personas con discapacidad en la respuesta nacional a situaciones de riesgo y emergencias humanitarias” (párr.2), como es el caso de Uruguay que ha ratificado dicha Convención. Esto incluye medidas tendientes a “la protección de su acceso al más alto nivel posible de salud sin discriminación, bienestar general y prevención de enfermedades infecciosas... la protección contra actitudes negativas, aislamiento y estigmatización que pueden surgir en medio de la crisis” (párr.2).

Por último, merece especial mención la declaración de organizaciones internacionales y regionales de personas con discapacidad psicosocial: “COVID-19 y las personas con discapacidad psicosocial” (Pan African Network of Persons with Psychosocial Disabilities et al. 2020), ya que contiene el valor de ser elaborada por usuarios y debido a ello argumenta con mucha claridad el porqué de la vulnerabilidad de esta población, y da visibilidad a las condiciones de vida tanto dentro como fuera de instituciones de encierro, en el marco de esta situación. Recalca que: “las vulnerabilidades puestas de manifiesto durante la pandemia como resultado de la discriminación estructural, leyes discriminatorias y prácticas de exclusión y violencia... deben tenerse en cuenta y remediarse tanto durante la emergencia como después” (p.3). Expresan además su preocupación por la vulnerabilidad de estas personas frente al virus, ya que –parafraseando el documento- afirman tener un mayor riesgo de desarrollar síntomas graves e incluso morir, debido a: malas condiciones de nutrición, salud e higiene en instituciones psiquiátricas; condiciones de salud subyacentes como diabetes e hipertensión causadas o exacerbadas por drogas psiquiátricas; sistemas inmunes debilitados por mala nutrición, negligencia, institucionalización o falta de vivienda; consecuencias a largo plazo de la violencia y abuso físico, psicológico y sexual; rechazo a acceder al sistema de salud por experiencias traumáticas de discriminación, negligencia, y violencia sufridas dentro del sistema, entre otras. Por último resultan valiosas las recomendaciones acerca de la participación, que expresan: “consultar e involucrar activamente a las personas con discapacidad psicosocial y sus organizaciones representativas en la respuesta estatal al brote de COVID-19” (p.6), así como también “involucrar a las personas con discapacidad y sus organizaciones representativas en el monitoreo independiente de los entornos institucionales” (p.6).

2.2.2.2. Estado de situación en la región

El análisis se centrará en la situación de los países vecinos: Argentina y Brasil, quienes además han sido de los países de Latinoamérica más afectados por la pandemia.

La situación de Brasil con respecto a la pandemia se ha tornado particularmente compleja, debido al escenario sociopolítico previo, ya que tras la asunción del militar retirado: Jair Bolsonaro a la presidencia, desde comienzos de 2019 se han desplegado políticas ultraderechistas, profundizando el neoliberalismo imperante, que ha traído consigo graves retrocesos a nivel de políticas públicas y DDHH. Este país ha alcanzado tasas sorprendentes de contagios y muertes, situándose entre los primeros a nivel mundial, en gran parte debido a la falta de coordinación y coherencia en el discurso de las autoridades sanitarias, causando estragos y profundizando la desigualdad y pobreza ya existentes.

En este contexto la pandemia está causando una grave situación de recrudescimiento de las violaciones de DDHH, del autoritarismo y la violencia policial (“Nota conjunta sobre crisis no

Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, 2020). En lo que refiere a SM en particular, desde el 2019 que el Movimiento Antimanicomial, viene expresando su resistencia a los retrocesos legales que se vienen sucediendo en esta materia, así como al intento de revalorización del lugar del hospital psiquiátrico dentro de las políticas públicas (ABRASMEb, 2020). El surgimiento de focos de contagio en Hospitales Psiquiátricos de Porto Alegre, que causó varias muertes de usuarios, según expresa la Asociación Brasileira de SM (ABRASMEa, 2020), demuestra la total negligencia de las autoridades sanitarias, ya que entre otros motivos, no existieron protocolos específicos para centros asilares. Afirman asimismo que la raíz del problema es claramente estructural, ya que existen leyes estatales y nacionales de desinstitucionalización que aún no han sido cumplidas.

La situación en Argentina, es sin dudas distinta, y se encuentra en otra etapa del proceso de Reforma en SM. Cohen (2020) sostiene que la Ley nacional de SM n° 26.657 este año cumplió diez años, y sin embargo “en términos de compromiso del poder ejecutivo, o sea los ministerios de salud de los sucesivos gobiernos no se ha hecho absolutamente nada: presupuesto, reconvertir camas y recursos de hospitales generales hacia la comunidad, etc.” (00:08:52). Si tomamos el caso de Buenos Aires, la provincia con mayor cantidad de contagios, la pandemia irrumpe en un escenario en el que más allá de los avances a nivel legislativo, aún no se ha cumplido con el objetivo del cierre de las instituciones manicomiales, lo que ha dejado a los usuarios allí internados en una situación de grave vulneración de sus derechos. En respuesta a esta situación surgen diversas recomendaciones y comunicados de gran valor, entre los que se destacan los emitidos por: el Ministerio de Salud, La Dirección de SM y Adicciones, el Órgano de revisión, y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Resulta particularmente valioso el aporte del CELS, en tanto brinda recomendaciones que intentan dar garantías a las personas institucionalizadas durante el aislamiento, con un destacado nivel de descripción de distintos aspectos a tomar en cuenta a nivel práctico y cotidiano (más allá de los estrictamente sanitarios), que se considera no quedan en el nivel general del discurso sino que se proponen ideas concretas y sugerencias que resultan atinadas, y se realizan desde una clara perspectiva de DDHH.

Por citar algunos ejemplos: señala la necesidad de tomar medidas que den sentido al aislamiento preventivo, para evitar que el encierro sea vivido por los usuarios como castigo o abandono. Propone la generación de espacios para tramitar colectivamente el sentido de este nuevo encierro, aclarando que son medidas temporales y poniendo en palabras esta situación. Por otro lado expresa que es necesario asegurar los recursos materiales para facilitar medios de comunicación alternativos, accesibles y disponibles (por ejemplo un teléfono celular por sala) para que las personas puedan comunicarse con sus seres queridos; así como también con sus representantes legales, para poder ejercer su derecho a la justicia, aún en condiciones desfavorables. Otra propuesta valiosa consiste en aprovechar esta oportunidad en la que

tanto se insiste en la higiene y el lavado de manos, para trabajar en una integralidad de modos de cuidado y autocuidado: del cuerpo, de la intimidad. Ya que expresa resulta contradictorio que por un lado se exija a las personas lavarse las manos varias veces al día, cuando utiliza baños sin puertas y duchas sin cortinas (CELS, 2020).

El 22 de Mayo sucede un hecho inesperado: muere una persona internada en el Hospital Borda de Buenos Aires, atacada por una jauría de perros dentro de dichas instalaciones. Al respecto Iglesias (2020), -quien organiza el Órgano de Revisión a nivel nacional- expresa que: “lo paradójal siempre está en materia de derecho y lo paradójal sucedió cuando estábamos trabajando, incidiendo con las autoridades, con el poder judicial, con los casos particulares, con recomendaciones, con alertas, con comunicados” (00:37:05). Iglesias (2020) sostiene que la situación de la pandemia muestra “esta tensión increíble entre lo que los derechos dicen, y lo que la realidad gobierna” (00:31:40). Sostiene a su vez, que esta situación demuestra “la deficiencia de un tiempo en que no se ha podido gestar ni generar los dispositivos para que las personas pudieran ante una eventualidad poder tener la atención domiciliaria, con los apoyos” (00:41:58).

Por su parte, Sabin Pas (2020) quien pertenece al CELS, denuncia la impunidad con que se ha suspendido durante la pandemia dispositivos psicosociales tan importantes como los acompañamientos terapéuticos (poniéndolos en la categoría de “visitas”), así como las actividades grupales, que considera fueron suspendidas sin fundamento ya que las personas viven en grupalidad. Sabin Pas (2020) afirma: “el poder médico hegemónico es esto, no podría haber quedado más al desnudo que en este momento, reforzando los tratamientos médicos y farmacológicos” (01:24:51).

2.2.2.3. Situación en Uruguay

Como consecuencia de la Pandemia por Covid-19 el 6 de abril de 2020 surge un foco de contagio en el Hospital Vilardebó. El “fuerte componente de hacinamiento entre sus internos” (Facultad de Psicología, Universidad de la República, 2020, p.2) y las pésimas condiciones de higiene preexistentes en las que conviven los usuarios, sumadas a este nuevo hecho, agravan la situación de vulneración en que estos se encuentran, dejándolos expuestos al contagio. Como respuesta al foco, las autoridades de ASSE deciden poner el Hospital en “cuarentena”, prohibiendo ingresos y egresos, lo que implicó medidas que reforzaron el aislamiento previo. Según el documento emitido por la Facultad de Psicología (2020), es cuestionable que esta medida sea eficaz para evitar el contagio puertas adentro, dadas las condiciones de hacinamiento que imposibilitan un real distanciamiento físico. Y afirma que “por el contrario esta medida parece reforzar aún más el estigma social que recae sobre esta población” (p.3), donde la justificación del encierro es social, y puede entenderse “como forma de protección del resto de la población, ya no sólo del coronavirus, sino también del miedo a

la locura” (p.3).

En dicho documento, se reconoce la complejidad de la situación, y la dificultad para tomar medidas en especial en las instituciones totales, sin embargo sostiene que la situación de crisis “debería estimular a encontrar soluciones nuevas y no respuestas estereotipadas de encierro intramuros y sin la participación de los directamente afectados” (p.4). Las medidas adoptadas implican el riesgo de recrudescimiento de las medidas de seguridad para el acatamiento de las nuevas normas, que puede incluir maltratos como: el abuso de los psicofármacos y otras medidas de contención. En este sentido, en el documento se sostiene que las medidas tomadas pueden facilitar el desarrollo de prácticas iatrogénicas y deshumanizantes, que ponen en riesgo la dignidad y la protección de los DDHH, no sólo de usuarios, quienes son los más vulnerables, sino también de los trabajadores.

Otra de las medidas adoptadas fue la prohibición total de las visitas, y la suspensión de todo tipo de talleres y actividades grupales, como los desarrollados en el Centro diurno y salas, quedando los usuarios en una situación de total ocio. Sin embargo, como se sostiene en el documento emitido por la Facultad de Psicología (2020), diversos estudios señalan la importancia de “fortalecer y estrechar el vínculo y el lazo social con los otros” (p.2) sobre todo en situaciones como esta, donde el miedo, la angustia, ansiedad e incertidumbre se han propagado de forma exponencial, y agregando que los usuarios “son más susceptibles a estos efectos nocivos” (p.2). En este sentido puede afirmarse que no se ha considerado el impacto emocional de estas privaciones en los usuarios, vulnerando una vez más sus derechos. Otro factor a considerar, esencial para transformar el posible sufrimiento que ocasiona esta situación excepcional en las personas internadas, señalado en el documento, es que las mismas tengan acceso a información de calidad sobre su propia situación, así como la posibilidad de poner en palabras el temor, la angustia, la ansiedad. Afirman que esto es condición necesaria para que las personas puedan “significar diferente la situación de miedo y encontrar otros sentidos a las situaciones de distanciamiento físico” (p.2). No se cuenta con información sobre cómo se ha abordado el tema puertas adentro, por este motivo se formulan preguntas como: “¿qué significados y sentidos le están atribuyendo a esto?” [al encierro] (p.2), “¿cómo se están trabajando los miedos y el temor propio de esta situación?, ¿y los/as funcionarias/os profesionales, técnicos y no técnicos?, ¿cómo están viviendo y significando esta situación?, ¿qué mecanismos de protección biológica y psicosocial se han implementado?” (p.2). Según lo expresado, el trabajo de poner en palabras, de conversar sobre lo que se está experimentando, de simbolizar, difícilmente pueda desarrollarse en un abordaje individual o neuroquímico exclusivamente. Desde allí, se argumenta la necesidad de un abordaje alternativo que incluya la participación de las personas afectadas, tal como señala el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU-ACNUDH, 2020).

Respecto a la prohibición de visitas, Baroni (2020) hace énfasis en que esta es una situación

que “se visualiza sólo en el Vilardebó pero también pasa con las clínicas privadas” (00:37:08), y que fue uno de los impactos más grandes de la pandemia. En el caso específico del Vilardebó afirma que hubo que resolver cómo hacer para que el distanciamiento social no implique además un distanciamiento afectivo. Expresa que las medidas fueron bastante duras tanto para las personas internadas como para los trabajadores, y el colectivo que funciona en torno al hospital, y que “hubo que hacer esfuerzos sobre humanos, no solamente para atender, sino para seguir los vínculos y los espacios de referencia” (00:38:17). Por otro lado, sostiene que vivimos “en un mundo que tiende todo el tiempo a enloquecernos, y entre las cosas que nos enloquecen es por los mensajes contradictorios” (00:44:31), haciendo referencia a aquellos “que están en situación de calle o en refugios que no son 24 horas, entonces estaban básicamente todo el día en la calle cuando se exhortaba a que uno se quedara en su casa” (00:45:19), y que cumpliera con las medidas sanitarias, siendo que estas personas no contaban si quiera con un baño donde lavarse las manos. El Colectivo Vilardevoz, que ya no contaba con el espacio físico en el centro diurno de dicho Hospital, generó dispositivos de encuentro a partir de sus redes informales, formales y solidarias, con el objetivo de sostener dicho espacio de referencia y pensar respuestas a estas situaciones (Baroni, 2020).

2.2.2.4. Recomendaciones de organismos nacionales en materia de Derechos Humanos y Salud Mental para la protección de las personas institucionalizadas

Entre los primeros comunicados públicos emitidos a nivel nacional, se destaca dentro del ámbito académico por la profundidad teórica en su argumentación, el emitido por la Facultad de Psicología: “*Salud Mental en Instituciones de Larga Estadía*” (2020), ya mencionado anteriormente.

Por su parte, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), en conjunto con la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, emiten el 22 de abril un comunicado en el que hacen un llamado a las autoridades a “profundizar y avanzar en el plan de cierre definitivo” del Hospital Vilardebó (INDDHH y Comisión de contralor de la atención en Salud Mental, 2020, p.1), en cumplimiento del compromiso asumido por el estado en la Ley de SM n°19.529, y de acuerdo a los estándares internacionales. Como respuesta a la decisión de la Presidencia de ASSE de prohibir los ingresos, egresos y visitas a este centro, alerta en relación a la situación de aislamiento total de las personas allí internadas y sus consecuencias, expresando la necesidad de protección de sus derechos, de garantizar los buenos tratos y el respeto por la dignidad, y brindando recomendaciones para el cuidado de la salud física y psicosocial. Expresan: “resulta urgente disminuir la cantidad de personas internadas en las instituciones monovalentes de salud mental...contribuirá en la actual coyuntura a preservar tanto la salud física como psicosocial de esas personas y disminuir la posibilidad de contagio” (INDDHH y Comisión Nacional de

Contralor, 2020, p.1).

En los días posteriores diversas instituciones, organizaciones y colectivos sociales expresan su adhesión a este comunicado, entre ellas: la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, el Sindicato Médico del Uruguay, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, el Frente Antimanicomial, la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, Asamblea Instituyente por Salud Mental y Vida Digna. Dentro de éstos se destaca el “Informe de la Comisión de Salud Mental Asesora a la Mesa del Área Salud de la Udelar en el Contexto de la emergencia socio sanitaria por COVID-19” (2020), en el mismo se hace hincapié en esta situación a la luz de la normativa vigente de carácter vinculante, siendo el cometido de esta Comisión Asesora contribuir a la implementación de la Ley de SM nº19.529, y del Plan Nacional de SM (aprobado en febrero de 2020). En dicho informe además de apoyar el comunicado expedido por la INDDHH, se plantean nudos críticos, entendiendo que algunos han sido generados por la situación de emergencia, y otros son de carácter estructural. Resulta un documento valioso, ya que en estos nudos críticos logran organizar las prioridades para avanzar en materia de SM, no agotándose su alcance en la resolución de la crisis coyuntural, sino que orienta la acción hacia la implementación de la Ley de SM, a corto y mediano plazo, y que por el valor de su contenido, serán desarrollados más adelante. El día 23 de junio de 2020, el informe fue aprobado por el Consejo Directivo Central de la UdeLaR, adhiriendo a su contenido, y reafirmando así su importancia (Consejo Directivo Central de la UdeLaR, 2020).

A su vez dentro de las organizaciones sociales se expresan: la Asamblea instituyente por Salud mental, desmanicomialización y vida digna, con el comunicado: “*Hospital Vilardebó en cuarentena: la condena del encierro.*”; y el Frente Antimanicomial. Ambos comunicados denuncian entre otras cosas las pésimas condiciones de internación en el Hospital Vilardebó que empeoran con esta situación, y vulneran aún más a los usuarios, y la violación de los derechos como consecuencia de las decisiones tomadas por la Presidencia de ASSE.

2.2.3. Una oportunidad de avanzar en los procesos de desinstitucionalización

De esta manera, y argumentada en la situación actual del Hospital Vilardebó y de las personas usuarias que se encuentran en situación de calle, así como en las diversas recomendaciones internacionales, y nacionales de importantes organismos de Salud y DDHH, surge la discusión en Uruguay, así como en la región, acerca de la oportunidad de la aceleración del proceso de desmanicomialización.

Según Pujol (2020) esta situación “es una oportunidad estratégica para contribuir a instituir un abordaje del sufrimiento mental que promueva el fortalecimiento de los lazos sociales, los derechos humanos de todos y... en especial de aquellos y aquellas que se encuentran

excluidos” (párr.10). Uno de los ejes en que propone se debe continuar trabajando consiste en el reforzamiento del respeto de los DDHH, y la promoción de autonomía en los procesos de cuidado en SM “evitando recurrir a restricciones o limitaciones que pueden ser abordadas desde otros procesos” (párr. 6). En palabras de la autora, el modelo de Salud Mental Comunitaria es un marco propicio, que hace hincapié en el refuerzo de la autonomía y la libertad como horizonte para abordar los padecimientos subjetivos.

Cohen (2020) también coincide con que “la crisis generada por el COVID-19 es una oportunidad para la efectiva aplicación de la ley: desarrollar nuevas prácticas, crear nuevos dispositivos” (00:08:47), en el caso de Argentina. Según el autor las estrategias de intervención en desastres (o en una situación de emergencia como esta) son las mismas que para el logro de la Desmanicomialización, en términos de prácticas concretas, y sostiene que este es el camino más corto para la construcción de un nuevo sistema de SM, basado en la comunidad, y con enfoque de derechos, más justo y mejor para todos. Con estas prácticas se refiere entre otras cosas a: reconocer los valores y costumbres de la comunidad, trabajar con las personas en sus contextos habituales, rescatar los recursos con los que cuenta la comunidad, fortalecerlos, potenciarlos e interactuar con las instituciones locales. Afirma que en SM, cuanto más cerca de las personas trabajemos, mejor será el abordaje, la evolución y el pronóstico, y que en estos tiempos la solidaridad y el apoyo mutuo son estrategias de alivio. Sostiene que “construir dispositivos entre el hospital monovalente y las personas es una condición para prevenir, atender, y recuperar” (Cohen, 2020, 00:14:26), brindando sostén y continuidad a los cuidados.

Respecto a la construcción de una red alternativa de atención, Rotelli (2020) afirma que: “cuando pensamos en una estrategia para cerrar el hospital monovalente, tenemos que pasar por el Hospital General, porque tenemos que buscar una credibilidad” (00:29:44), “es fundamental en esta situación concreta incorporar al Hospital General y las estructuras que lo constituyen” (00:29:22). No obstante, sostiene que sin dudas la verdadera solución pasa por la dimensión comunitaria, por intervenir allí donde las personas viven, pero que para llegar a eso es esencial realizar este primer movimiento de transición. Según Rotelli (2020): “si no destruimos el templo de la psiquiatría que es el manicomio, la cultura manicomial que produce sobre la sociedad, no podrá ser destruida. La única solución es terminar con las altas en el hospital monovalente” (00:28:38).

Volviendo a la situación de Uruguay además de los motivos anteriormente descriptos señalados en diversas recomendaciones tanto nacionales como internacionales, que indican sin dudas la necesidad y oportunidad de avanzar en el proceso de desinstitucionalización, se cuenta como marco legal, con la Ley de Salud Mental nº 19.529, aprobada en 2017, y específicamente con los Art. 37 (Desinstitucionalización) y 38 (sobre el cierre de establecimientos asilares y monovalentes, con fecha tope para el 2025), planteando que

dichas instituciones “serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas” (Uruguay, 2017). Entendiéndose por éstas: los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Con la intención de profundizar en el análisis de la situación actual de la atención en SM, y en las medidas concretas que sería necesario llevar a cabo para avanzar en términos de desinstitucionalización, es que se tomaran los nudos críticos identificados en el informe emitido por la Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdelaR (2020). Resultan de especial interés pues aportan una mirada que integra: asuntos contextuales generados por la situación de la pandemia, y que requieren respuestas urgentes, y otros de carácter estructural que implican el cumplimiento de la normativa vigente. A su vez se plantea una estrategia concreta a seguir, insistiendo en la importancia de avanzar en la implementación integral de la Ley nº19.529 con respuestas a corto y mediano plazo. A continuación se desarrollaran sintéticamente los nudos críticos.

El primero de ellos plantea, que las grandes dificultades para cubrir las internaciones en servicios públicos durante el contexto de la pandemia (debido al cierre del ingreso/egreso en el Hospital Vilardebó) demuestran que es necesario y urgente mejorar las condiciones y brindar los recursos necesarios para solucionar dicha situación. Agrega que “ello supone una oportunidad para poner en funcionamiento lo referido al art. 24 de la ley, que indica que las internaciones (como último recurso) en situaciones agudas se realicen en los hospitales generales” (Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdelaR, 2020, p.2). En relación a ello, identifica: la necesidad de aumentar el número de camas en hospitales generales (ya que por ejemplo de 209 camas de SM en todo el país, sólo 17 se encuentran en Montevideo); que cuenten con un espacio físico adecuado y personal idóneo con enfoque interdisciplinario; enfoque diferencial para camas de corta, mediana y larga estadía.

En el segundo nudo crítico, se aborda la necesidad de avanzar en la implementación de la Ley y el Plan de SM en especial en este contexto de crisis. El informe expresa la preocupación respecto a esta situación que “ha dejado a la vista las limitaciones, retrasos y carencias de las políticas en materia de salud mental” (Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdelaR, 2020, p.2), y entiende que puede tanto ralentizar el proceso de implementación que venía desarrollándose, o por el contrario significar una oportunidad para “avanzar de manera racional, sostenida en la evidencia y experiencia acumulada” (pp.2-3). Respecto a la implementación de los dispositivos que se desprenden de la ley y atendiendo a este contexto particular la Comisión advierte sobre cuatro asuntos: en primer lugar la diferencia en los avances alcanzados con rezago del sector privado. En segundo lugar, la prioridad de reinstalar, reforzar y profundizar el primer nivel de atención y equipos en territorio, con los cuidados necesarios, para poder asegurar la prevención y promoción, así como los dispositivos intermedios y en la comunidad. Afirma que se reconocen avances a nivel público

en este aspecto (únicamente), pero sin embargo son de carácter piloto o experiencias aisladas que no tienen un alcance sistémico, ni abarcan el conjunto de los departamentos. En tercer lugar, señala la preocupación respecto a los dispositivos intermedios de desinstitucionalización e inclusión residencial autónoma, ya que son aún escasos, siendo el número de plazas muy inferior al necesario, y plantea la necesidad de definir asuntos en cuanto al funcionamiento, abordaje, y adecuada formación de los equipos profesionales e interdisciplinarios. Expresa que para este pasaje de un modelo asistencial con enfoque hospitalocéntrico a uno con base social comunitaria son necesarias la creatividad y la flexibilidad. Respecto al órgano de monitoreo de SM y DDHH, advierte que la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, no sólo no cumple con el carácter de autónomo (observación realizada por el Comité de la CDPD), sino que también “carece de recursos para el cumplimiento de los objetivos que le compete” (Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdelaR, 2020, p.4).

En el tercer nudo crítico, se aborda el papel y contribución de la UdelaR en la formación técnico profesional, en consonancia con las recomendaciones de organismos internacionales que señalan “la necesidad del fortalecimiento de los recursos humanos como una de las principales áreas estratégicas para mejorar la atención que se brinda en salud mental” (Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdelaR, 2020, p.4). Se reconoce el déficit en la disponibilidad de recursos humanos con formación integral e interdisciplinar en nuestro país, y la responsabilidad que le compete a Universidad en el cambio de paradigma “priorizando una formación integral, basada en el trabajo en equipo, con perspectiva de derechos, género, generaciones, multiculturalidad e inclusión social” (p.5). En vistas de este objetivo, propone como imprescindible que el Hospital de Clínicas, como Hospital Universitario, se incorpore a la red de SM, desarrollando un área de SM con dispositivos de atención innovadores, que sean espacios de formación integral y generen conocimiento a través de su evaluación, afirmando que “sin suficientes profesionales con la formación adecuada, el objetivo principal de la ley de salud mental no se podría viabilizar, dado que compromete nuevas formas de conocimiento” (Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdelaR, 2020, p.6).

Por otra parte en varios comunicados emitidos a nivel nacional, se alude a la necesidad de reabrir y reforzar las policlínicas de atención de ASSE, que han sido en su mayoría cerradas bajo decisión de sus autoridades. Medida que resulta contradictoria, ya que su funcionamiento, respetando el protocolo de prevención hubiese sido una medida alternativa razonable para descongestionar la atención en Hospitales Generales, tanto en SM como en otras especialidades. En el comunicado de la INDDHH y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en SM (2020), se planteó como una de las medidas necesarias para afrontar esta situación de crisis: “fortalecer las policlínicas barriales donde existen equipos de salud

mental y repetición de medicamentos” (p.2). También en el comunicado de la Facultad de Psicología (2020), se expresa: “dejar todo el sistema de salud atrapado durante mucho tiempo en la respuesta del nivel terciario de salud... es una decisión que debería revisarse” (p.5) y recuerda que estas policlínicas barriales “cumplen un rol clave en la prevención y promoción de la salud y pueden officiar como soportes comunitarios en la atención a la salud en general, y a la salud mental en particular” (p.2). En estos centros es posible prevenir crisis, y posibles internaciones y así evitar que el sistema de atención en Hospitales Generales se vea saturado como sucedió durante el transcurso de la pandemia.

En otro orden, el comunicado de la Facultad de Psicología (2020) también plantea que la situación de crisis a la que ha tenido que enfrentarse la SM durante la pandemia “ha puesto de manifiesto las enormes carencias y el lugar marginal que la salud mental ha tenido dentro de las políticas públicas de salud y sociales de nuestro país” (p.3). Afirma que esta situación deja al desnudo el “escaso avance realizado para cambiar el modelo hospitalocéntrico centrado en la enfermedad, por otro centrado en la atención primaria, y por tanto en la prevención y en la promoción” (p.3), así como el “nulo avance en modificar la estructura de atención de organizaciones monovalentes...por dispositivos comunitarios alternativos como lo plantea la Ley de Salud Mental” (pp.3-4). A su vez, señala que de acuerdo a este modelo, el escaso presupuesto asignado a la SM, es utilizado principalmente para mantener las estructuras monovalentes; denunciando a su vez la falta de asignación presupuestal a los mecanismos de contralor de la atención en SM (Facultad de Psicología, 2020).

2.2.4. Las resistencias de hoy y de siempre

Una de las resistencias al avance en el cambio de modelo de atención en SM en nuestro país, es la ejercida por los trabajadores de la Salud. En el contexto de la pandemia, el sindicato de trabajadores del Hospital Vilardebó, se expresó en contra del comunicado emitido por la INDDHH y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en SM (2020), que señala esta crisis como oportunidad para la implementación de la Ley nº19.529, haciéndose énfasis en la necesidad de avanzar hacia el cierre de dicho hospital. Pablo Silva, presidente del sindicato, expresó que dicho comunicado se aprovecha de una mala situación de la institución, y que se trata en realidad de una grosera maniobra que tiene como objetivo la privatización de la SM. Sostiene que el proyecto de cierre es una utopía, que sólo sirvió para generar falsas expectativas en los usuarios. Plantea que la atención en SM debe cambiar pero afirma que este centro no debería cerrarse sino transformarse (“Comunicado de la INDHH sobre cierre de Vilardebó es ‘carroñero’, dice presidente del sindicato”, 2020).

Se comprende que dichos trabajadores teman por la pérdida de sus puestos de trabajo, sin embargo nunca se ha planteado la eliminación de los mismos, sino que como el siguiente fragmento explicita, siempre se ha propuesto: “integrar paulatinamente el personal y técnicos

del Hospital Vilardebó a los equipos interdisciplinarios en salas de salud mental de los hospitales generales y policlínicas descentralizadas” (INDDHH y Comisión Nacional de Contralor de la Atención en SM, 2020, p.2).

2.2.4.1. Contexto sociopolítico

En marzo de 2020, asumió un nuevo gobierno en nuestro país, con una fuerte impronta neoliberal. Según Vilas (parafraseado en De León y Techera, 2017): “las formas de ejecución y producción de las políticas y los recursos que se le destinan, son referibles al régimen político” (p.71), lo cual se refleja claramente en la situación actual. En primera instancia el nuevo gobierno ha reglamentado diversas leyes que suponen graves retrocesos en la conquista de DDHH ya alcanzados. En segundo lugar, los ajustes a nivel de políticas públicas no se hicieron esperar, y en apenas medio año ya se han instrumentado recortes presupuestales en: educación, salud, cultura, vivienda, y políticas sociales.

Como se ha señalado anteriormente, la situación previa y actual de la SM presenta grandes carencias, pero esta profundización del neoliberalismo, genera aún mayor preocupación e incertidumbre respecto al futuro de la SM en nuestro país y en concreto a la implementación de la Ley de SM nº19.529 aprobada en 2017 (Larrañaga, 2020), que requiere sin dudas de mayor presupuesto para su instrumentación, así como de voluntad política.

2.2.5. El impacto de la pandemia en las organizaciones sociales

El aislamiento, las medidas de distanciamiento social, y el período de cuarentena, como consecuencias de la pandemia por COVID-19, han causado sin duda dificultades para que los integrantes de las organizaciones sociales que luchan por los derechos de los usuarios de SM, puedan reunirse y continuar con sus actividades con naturalidad, generando desmotivación en estos colectivos.

Más allá de que hoy en día existan posibilidades de reunirse virtualmente, aún existe una brecha económica y generacional en la accesibilidad, ya que no todos los usuarios o familiares cuentan con dispositivos, conectividad y conocimientos necesarios para el manejo de los mismos. De esta manera, la modalidad virtual no siempre es del todo inclusiva en este tipo de grupos, en el que a su vez el contacto presencial, a nivel interpersonal y grupal es de gran importancia para la cohesión del grupo, tanto como para su motivación.

Por otro lado, gran parte de las acciones llevadas adelante por las organizaciones sociales, implican muchas veces ocupar el espacio público, así como la realización de manifestaciones, lo cual se dificulta por varios motivos. En algunos casos prohibición de las autoridades, en otros, la posibilidad de ser objeto de prejuicios que pueden tildar de irresponsables la promoción de actividades multitudinarias argumentando que fomentarían la propagación del virus, y en especial la propia vulnerabilidad de las personas con discapacidad psicosocial, que

muchas veces por voluntad propia o la de sus familiares, prefieren no exponerse. Galindo (2020), activista social, expresa: “el coronavirus es la eliminación del espacio social más vital, más democrático y más importante de nuestras vidas como es la calle, ese afuera que... no debemos atravesar y que en muchos casos era el único espacio que nos quedaba” (p.120). Afirma que “el coronavirus es un arma de destrucción y prohibición, aparentemente legítima, de la protesta social, donde nos dicen que lo más peligroso es juntarnos y reunirnos” (p.121). En suma, se ha percibido un efecto de abatimiento en las organizaciones sociales debido a los argumentos anteriormente expuestos, lo cual resulta preocupante debido a que en estos momentos de crisis y avance de las políticas neoliberales, es cuando más se necesita el apoyo y la movilización de estas organizaciones con el objetivo de reclamar por el cumplimiento de los derechos. Deberán pensarse estrategias para reactivar el movimiento en estos espacios como afirma Amarante (2020): “dar importancia de retomar la lucha antimanicomial en este momento” (00:19:42), en palabras del autor, que los sujetos colectivos, los movimientos sociales, barriales, retomen el protagonismo que han abandonado, como consecuencia de las políticas neoliberalistas que tienden cada vez más a desorganizarnos y separarnos.

3. Reflexiones finales

El trabajo expuesto anteriormente, da cuenta de que en Uruguay aún queda mucho por hacer para lograr en primer lugar, un cambio real en el modelo de atención en SM. Para que ello sea posible, se requieren transformaciones en muchos órdenes, uno de ellos es el legal, en el que ya se ha avanzado. Sin embargo no basta sólo con la ley, muestra de ello es que pasados tres años de la promulgación de la Ley nº19.529, aún no se han realizado avances considerables respecto a su implementación.

En relación a la aplicación de la Ley, y respecto a las ideas previas a la realización del trabajo, se consideraba que tal vez lo más urgente en Uruguay era avanzar hacia el cierre de los manicomios, sin embargo luego del trabajo elaborado, un aprendizaje importante es el que se resume en la frase: “abrir antes, para cerrar después” (Natella y Cohen, 2013, p.122). De esta manera, se entiende que para lograr el cierre de los hospitales psiquiátricos en Uruguay, y que esta sea una acción responsable y “creíble” al decir de Rotelli (2020), es necesario primero avanzar en dos direcciones fundamentales: la ampliación (o reconversión) de plazas y fortalecimiento de las áreas de SM en Hospitales Generales, así como la creación de verdaderos equipos interdisciplinarios para su atención; y por otro lado la necesidad urgente de fortalecer la red de atención comunitaria, con dispositivos alternativos y ambulatorios de atención suficientes, entre ellos: centros diurnos, casas de medio camino, centros psicosociales y culturales. A su vez es necesario que estas acciones sean llevadas a cabo desde una perspectiva intersectorial, es decir con el apoyo de todos los Ministerios

involucrados en políticas sociales, que garantice un cumplimiento integral de los DDHH.

La correcta instrumentación de un nuevo sistema de atención de este tipo requiere tiempo, por lo que se considera necesaria una respuesta urgente en este sentido, si se quiere cumplir con la meta de cierre de las estructuras asilares y monovalentes para el 2025.

En segundo lugar se entiende que para avanzar hacia un cambio de modelo, es necesario llegar a un determinado nivel de consenso entre todos los actores del ámbito de la SM. Al respecto Baroni et al. (2013) expresan:

Debe haber un soporte con la mayor cantidad de involucrados. De esto se desprende que la discusión no puede quedar enquistada únicamente en ámbitos universitarios o académicos, sino que se debe posibilitar la participación real de todos los involucrados en el asunto y de la ciudadanía en general (p.182).

Se coincide con lo expresado anteriormente, ya que para lograr cierto consenso será esencial la reinstalación del debate en torno a la SM a nivel público. Poner en el tapete un tema que sigue siendo tabú, habilitar un intercambio real a nivel social, de todos los actores involucrados directamente; y de la ciudadanía en general, ya que es fundamental su concientización, informar acerca de la importancia del tema en la agenda pública y política, y la deconstrucción de los prejuicios que siguen generando la exclusión de las personas con discapacidad psicosocial, ya que la mayoría de las veces la ignorancia y el desconocimiento son las principales causas de discriminación. Siguiendo esta línea, se concuerda con Baroni et al. (2013) en que “las verdaderas transformaciones sociales no están dadas por leyes sino por cambios culturales, de conciencia y por nuevas formas de hacer política” (p.177).

Existen experiencias en el pasado reciente, que dan cuenta de que es posible llevar la discusión más allá de lo estrictamente académico y sanitario, como la campaña radiofónica diseñada por el Colectivo Vilardevoz en 2011, llamada “Rompiendo el silencio”, que invitó a la reflexión colectiva y a la sensibilización en torno a la SM (Baroni et al., 2013).

Tal vez este sea un momento propicio para proponer el debate, ya que durante la pandemia se han dado los siguientes movimientos: muchas personas pudieron experimentar que “nadie está tan lejos de la locura”, que la salud mental es más frágil de lo que creemos. Por otro lado se ha visibilizado lo vulnerables que son las personas internadas en instituciones totales (tanto en geriátricos como en instituciones de SM), y a su vez han aparecido discursos en los medios y redes sociales en torno a la importancia del cuidado de la SM. Quizás tras el confinamiento las personas hayan podido “pellizcar” alguno de los diversos efectos nocivos que el encierro y el distanciamiento social causan. Ha quedado más claro que nunca, que cualquier práctica que incluya el encierro lejos está de ser terapéutica. Resta preguntarse si se será capaz como sociedad de integrar ese aprendizaje a la hora de pensar la atención en SM.

Luego de concluido este trabajo, y más allá de la argumentación desarrollada anteriormente

(diversas recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, movilización de las organizaciones sociales), en Uruguay las autoridades no parecen haber desarrollado ningún tipo de respuesta al respecto, ni siquiera temporal, de manera de amortiguar los efectos de la crisis provocada por la pandemia sobre las personas con discapacidad psicosocial.

Han pasado casi siete meses desde que las autoridades de ASSE decidieron poner el Hospital Vilardebó en cuarentena. En ese lapso de tiempo, y tras el reclamo de los trabajadores se ha logrado reabrir la emergencia, se han autorizado altas, etc. Sin embargo los pacientes internados siguen sin poder recibir visitas, lo que constituye una violación a sus derechos. Hace más de un mes se dijo que se estaba trabajando en el diseño de un protocolo de visitas, aún no hay noticias. Mientras, las personas allí internadas siguen esperando...

Si pensamos en el futuro cercano de las políticas vinculadas a la SM, y en la posibilidad de la aplicación de la Ley de SM: nº19.529, la coyuntura actual no es para nada alentadora dada la situación de retrocesos legales y recortes presupuestales llevada adelante por el actual gobierno. Entonces, cabe preguntarse ¿qué sería necesario para el cumplimiento cabal de los contenidos de la Ley? Tal vez una de las respuestas posibles sea la necesidad de seguir insistiendo en la instrumentación de un organismo de contralor en SM, que cumpla con el carácter de autónomo, y cuente con los recursos necesarios para su funcionamiento.

En otro orden, ateniendo al contexto sociopolítico de fuerte impronta neoliberal, es más importante que nunca un movimiento comprometido de las organizaciones sociales (Amarante, 2020) que presione para que el Estado se haga responsable de los compromisos asumidos al aprobar la Ley de SM nº19.529, promulgada en 2017.

Por último y no menos importante, para la instrumentación de un nuevo modelo de atención, es sin dudas fundamental contar con recursos humanos capaces de llevarlo a cabo. Organismos internacionales afirman que la formación de recursos humanos es “una de las principales áreas estratégicas para mejorar la atención que se brinda en salud mental” (Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área Salud de la UdelaR, 2020, p.4).

En este orden, el rol de la Universidad es sin dudas privilegiado, por ser la encargada de formar las próximas generaciones de profesionales y, al decir de Natella (2017) de seguir reproduciendo el enfoque asistencial tradicional o de transformarlo. Para avanzar hacia un cambio de modelo sería necesaria una verdadera transformación de la curricula y prácticas pre-profesionales de todas las disciplinas vinculadas al amplio campo de la SM, de modo que ofrezcan una formación integral, con perspectiva de derechos e inclusión social, y basada en el trabajo en equipo (Comisión de SM Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdelaR, 2020). A su vez, el hecho de que compartan el mismo paradigma facilita el diálogo entre dichas profesiones, contribuyendo al importante desafío de abordar las problemáticas desde una verdadera interdisciplinariedad.

Referencias Bibliográficas

- Agamben, G. (2020). Contagio. En Agamben. G., Žižek S., Nancy, J. L., Berardi, F., López S., Butler, J.,...y Preciado, P., *Sopa de Wuhan*. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Recuperado de <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>
- Amarante, P. (2017). Prólogo. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria, Universidad de la República, *Salud Mental, Comunidad, y Derechos Humanos* (p.14). Montevideo: Psicolibros.
- Amarante, P. [Doctorado en Salud Mental Comunitaria UNLa] (2020, junio 10). 8º *Conversatorio Virtual: Protección de la Salud Mental en el contexto de la Pandemia del Coronavirus* (00:19:42) [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/38sA725yAXg>
- Aragonés, J., y Sevillano, V. (2020). Un enfoque psicoambiental del confinamiento a causa del COVID-19. En Monográfico del International Journey of Social Psychology. *Revista de Psicología Social*, 35, pp. 75-76. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/340871078_La_Psicologia_Social_ante_el_COVID
=
https://www.researchgate.net/publication/340871078_La_Psicologia_Social_ante_el_COVID
[19 Monografico del International Journal of Social Psychology Revista de Psicologia Social](https://www.researchgate.net/publication/340871078_La_Psicologia_Social_ante_el_COVID)
- Asamblea instituyente por Salud mental, desmanicomialización y vida digna. (2013, mayo). Carta presentada en la II Asamblea Nacional de Derechos de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del pueblo. [Publicación en blog]. Recuperado de <https://asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>
- Asamblea instituyente por Salud mental, desmanicomialización y vida digna. (2015, diciembre). Reunión con Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados (párr. 13). [Publicación en blog]. Recuperado de <https://asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>
- Asamblea instituyente por Salud mental, desmanicomialización y vida digna. (2020, abril). *Comunicado: Hospital Vilardebó en cuarentena: la condena del encierro*.
- Associação Brasileira de Saúde Mental. (2020a, julio 25). *ABRASME encaminha Carta Denuncia sobre surto de COVID em Hospitais Psiquiátricos do RS*. Recuperado de

<https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/88527/abrasme-encaminha-carta-denuncia-sobre-surto-de-covid-em-hospitais-psiqui%C3%A1tricos-do-rs>

- Associação Brasileira de Saúde Mental. (2020b, agosto 11). *Memorial ABRASME sobre os retrocessos no cuidado e tratamento de saúde mental e drogas no Brasil*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/14S-IEwNmHPUPVJV-GHHKvfeYirIAbTFn/view>
- Baroni, C. [TV Ciudad]. (2020, agosto 27). La Letra Chica. Salud Mental: la otra pandemia (00:37:08, 00:38:17, 00:44:31, 00:45:19). [Programa de televisión]. Recuperado de <https://youtu.be/Gv7TCM9UPPw>
- Baroni, C., Jiménez, A., Itza, B., y Giordano, M. (2013). Locura en Movimiento. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp.177, 179, 182). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Batista, S. (2019). *Participación. La experiencia de personas usuarias en el proceso de reforma en legislación en salud mental en Uruguay (2014-2017)* (pp. 135, 136). (Tesis de maestría inédita). Universidad de la República, Montevideo.
- Berardi, F. (2020). Crónica de la psicodefación. En Agamben. G., Žižek S., Nancy, J. L., Berardi, F., López S., Butler, J.,...y Preciado, P., *Sopa de Wuhan* (pp. 44, 54). ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Recuperado de <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>
- Cano, A. (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En De León, N., *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (p.120). Montevideo: Levy.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2020, abril 7). *Recomendaciones para la atención de personas internadas en instituciones psiquiátricas monovalentes en el contexto de COVID 19*. Argentina. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/04/Aportes-CELS-para-pol%C3%ADticas-en-monovalentes.pdf>
- Cohen, H. [Radio Fragola Gorizia]. (2020, junio 20). *La desinstitucionalización ayer y hoy: Análisis y Prácticas para una vida sin manicomios* (00:08:47, 00:08:52, 00:14:26). [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/OnmRi0qrTWI>
- Comisión Asesora de Salud Mental, Universidad de la República (2020, mayo 29). *Informe de la Comisión de Salud Mental Asesora a la Mesa del Área de Salud de la UdeLaR en el Contexto de la emergencia socio sanitaria por COVID-19* (pp. 2, 3, 4, 5, 6).

- Comunicado de la Comisión Nacional por una ley de Salud Mental. (2017, mayo 8). *La Izquierda Diario*. Recuperado de <http://www.laizquierdadiario.com.uy/Comunicado-de-la-Comision-Nacional-por-una-ley-de-Salud-Mental>
- Comunicado de la INDDHH sobre cierre de Vilardebó es “carroñero”, dice presidente del sindicato. (2020, abril 28). *Caras y caretas*. Recuperado de <https://www.carasycaretas.com.uy/inddhh-sobre-cierre-de-vilardebo/>
- Consejo Directivo Central, Universidad de la República. (2020, junio 23). *Resolución del Consejo Directivo Central de la Universidad de la república en sesión ordinaria*. (Res. nº36). Recuperado de <https://psico.edu.uy/noticias/cdc-adhiere-al-documento-expedido-por-la-institucion-nacional-de-los-derechos-humanos-y>
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2020, mayo 12). Comunicado a las autoridades y a la opinión pública. Recuperado de <https://psico.edu.uy/noticias/comunicado-de-la-coordinadora-de-psicologos-del-uruguay-sobre-la-critica-situacion-de>
- Coronavirus (COVID-19). (2020). En *Google Noticias*. Recuperado 19, octubre, 2020 de <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&gl=US&ceid=US%3Aes-419>
- De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp.90, 91). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- De León, N., y Kakuk, J. (2013). Una disyunción política necesaria: Derechos humanos y Salud Mental. En De León, N., *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 68 y 70). Montevideo: Levy.
- De León N., y Techera A. (2017). Reformas de atención en Salud Mental de Uruguay y la región. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria, Universidad de la República, *Salud Mental, Comunidad, y Derechos Humanos* (pp. 59, 71). Montevideo: Psicolibros.
- De Pena, L. (2020). En Defensa de Tesis de maestría: Batista S. *Participación. La experiencia de personas usuarias en el proceso de reforma de legislación en Salud Mental en Uruguay (Período 2014-2017)*. Universidad de la República, Montevideo.
- De Sousa Santos, B. (2020). *La Cruel Pedagogía Del Virus* (pp. 21, 45, 65, 66, 69, 58-59, 72). Buenos Aires: Clacso.

- Evaristo, P. (2013) La desinstitucionalización de la Psiquiatría en Trieste y en Italia. En De León, N., *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 14, 22). Montevideo: Levy.
- Extremera, N. (2020). Afrontando el estrés causado por la pandemia COVID-19: Futura agenda de investigación desde la inteligencia emocional. En Monográfico del International Journey of Social Psychology. *Revista de Psicología Social*, 35. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/340871078_La_Psicologia_Social_ante_el_COVID_19_Monografico_del_International_Journal_of_Social_Psychology_Revista_de_Psicologia_Social
- Facultad de Psicología, Universidad de la República. (2020, abril 13). Recomendaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República para el manejo de la epidemia de COVID-19 en Instituciones totales de larga estadía en el campo de la Salud mental (pp. 2, 3, 4). Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2020-04/Declaraci%C3%B3n%20del%20Consejo.pdf
- Fernández, A., López, M., Borakievich, S. Ojam, E., y Cabrera, C. (2014). La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad, *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 8, pp. 7, 10, 11. [Recuperado de http://anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2015/03/La-indagaci%C3%B3n-de-las-implicaciones.-UN-APORTE.-ARCIS-2014.pdf](http://anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2015/03/La-indagaci%C3%B3n-de-las-implicaciones.-UN-APORTE.-ARCIS-2014.pdf)
- Foucault, M. (2005). *Historia de la locura en la época clásica*. México DF: Fondo de Cultura económica.
- Frente Antimanicomial. (2019, agosto 29). Plataforma del Frente Antimanicomial del Uruguay. Montevideo.
- Frente Antimanicomial. (2020, mayo 3). Comunicado del Frente Antimanicomial. Recuperado de <https://970universal.com/wp-content/uploads/2020/04/Comunicado-del-Frente-Antimanicomial-ante-el-ingreso-del-Coronavirus-al-Vilardeb%C3%B3-9abril2020.pdf>
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galindo, M. (2020). Desobediencia, por tu culpa voy a sobrevivir. En Agamben, G., Žižek S., Nancy, J. L., Berardi, F., López S., Butler, J.,...y Preciado, P., *Sopa de Wuhan* (pp. 120, 121).

ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Recuperado de <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>

- Ginés, A. (2013). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Goffman, E. (1973). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Harvey, D. (2020). Política anticapitalista en tiempos de coronavirus. En Agamben. G., Žižek S., Nancy, J. L., Berardi, F., López S., Butler, J.,...y Preciado, P., *Sopa de Wuhan* (p. 82). ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Recuperado de <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>
- Iglesias, G. [Doctorado en Salud Mental Comunitaria UNLa]. (2020, junio 10). *8º Conversatorio Virtual: Protección de la Salud Mental en el contexto de la Pandemia del Coronavirus* (00:31:40, 00:37:05, 00:41:58). [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/38sA725yAXg>.
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del pueblo, y Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. (2020, abril 22). *Comunicado conjunto: La INDDHH y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental proponen avanzar hacia el cierre definitivo del Hospital Vilardebó* (pp.1, 2). Recuperado de https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Proponen%20avanzar%20hacia%20el%20cierre%20del%20Hopital%20Vilardebo_220420_.pdf
- Jiménez, B., Baroni, C., Giordano, M., Cresci, L., y Planchesteiner, D. (2013). Locos por la Radio... 15 años de comunicación participativa. En De León, N., *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Levy.
- Kakuk, J. (2013). Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental, Derechos Humanos: un tránsito necesario. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp. 70, 72, 73). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Kazi, G., y Pellegrini, P. (2003). *Subjetividad y aparato psíquico: acerca de quietudes e inquietudes* (p.195). Instituto Universitario Nacional de Derechos Humanos "Madres de Plaza Mayo". Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/228983173_Subjetividad_y_aparato_psiquico_acerca_de_quietudes_e_in-quietudes

- Larrañaga, R. [+igualdad]. (2020, agosto 30). Salud Mental en Uruguay. [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/dMMxTcZSfTI>
- Moffatt, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires: Humanitas.
- Moya, M., y Willis, G. (2020). La Psicología Social ante el COVID-19. En Monográfico del International Journey of Social Psychology. *Revista de Psicología Social*, 35, pp. 4 y 5. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/340871078_La_Psicologia_Social_ante_el_COVID-19_Monografico_del_International_Journal_of_Social_Psychology_Revista_de_Psicologia_Social
- MSP confirmó primeros cuatro casos de coronavirus en Uruguay. (2020, marzo 13). En *Diario El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/confirman-primer-caso-coronavirus-uruguay.html>
- Natella, G. (2017). Salud Mental Comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria, Universidad de la República, *Salud Mental, Comunidad, y Derechos Humanos* (pp. 246, 264). Montevideo: Psicolibros.
- Natella, G. y Cohen, H. (2013). Contenido y dimensiones de la desmanicomialización. En Natella, G. y Cohen, H., *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro* (pp. 114, 116, 122, 124, 125). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Nota conjunta sobre crisis no Sistema Interamericano de Derechos Humanos. (2020, agosto 31). Recuperado de <http://intervozes.org.br/nota-conjunta-sobre-crise-no-sistema-interamericano-de-direitos-humanos/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad psicosocial* (p.4). Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020, abril 30). COVID-19 y los derechos de las personas con discapacidad: Directrices (pp.1, 3, 4, 5). Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf

- Organización de las Naciones Unidas. (1991, diciembre 17). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental*. Recuperado de <https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/onu/>
- Organización de las Naciones Unidas y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones para los Derechos Humanos (2020). *Declaración Conjunta: Personas con Discapacidad y COVID-19, por el Presidente del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en representación del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad* (párr. 2, 5). Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25765&LangID=S>
- Organización Mundial de la Salud (2020, marzo 21). Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19 (pp.1, 2). Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (2005). *Principios de Brasilia: Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf
- Ottoneli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (p. 61). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Palacios, A., e Iglesias, G. (2017). La Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad. En Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria, Universidad de la República, *Salud Mental, Comunidad, y Derechos Humanos* (pp.19, 20). Montevideo: Psicolibros.
- Pan African Network of Persons with Psychosocial Disabilities, Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial - Locura Latina, Transforming communities for Inclusion of persons with psychosocial disabilities, Asia Pacific, European Network of (Ex-) Users and Survivors of Psychiatry, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry, y World Network of Users and Survivors of Psychiatry. (2020, marzo 26). COVID-19 y las personas con discapacidad psicosocial (pp. 3, 6). Recuperado de [47](https://madinamerica-

</div>
<div data-bbox=)

hispanohablante.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19_y_personas_con_discapacidad_psicosocial_ES_Final.pdf

- Pandemia de enfermedad por coronavirus de 2019-2020 (s.f). En *Wikipedia*. Recuperado 15, agosto, 2020 de https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_enfermedad_por_coronavirus_de_2019-2020
- Pérez, R. (2013). Demencias, salud mental y exclusión social. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (p.153). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Preciado, P. (2020). Aprendiendo del virus. En Agamben. G., Žižek S., Nancy, J. L., Berardi, F., López S., Butler, J,...y Preciado, P., *Sopa de Wuhan* (p. 179). ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Recuperado de <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>
- Presidencia de la República. (2020, marzo 13). Gobierno declaró emergencia sanitaria por coronavirus y anunció las primeras medidas. Recuperado de <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/lacalle-medidas-coronavirus-conferencia>
- Pujol, V. (2020, mayo 4). Respuestas colectivas, dialógicas y creativas para garantizar estándares de Derechos Humanos en Salud Mental (párr. 3, 6 ,10). Recuperado de <http://vientosur.unla.edu.ar/index.php/respuestas-colectivas-dialogicas-y-creativas-para-garantizar-estandares-de-derechos-humanos-en-salud-mental/>
- Rotelli, F. [Radio Fragola Gorizia]. (2020, junio 20). *La desinstitutionalización ayer y hoy: Análisis y Prácticas para una vida sin manicomios* (00:28:38, 00:29:22, 00:29:44). [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/OnmRi0qrTWI>
- Sabin Pas, M. [Doctorado en Salud Mental Comunitaria UNLa]. (2020, junio 10). *8º Conversatorio Virtual: Protección de la Salud Mental en el contexto de la Pandemia del Coronavirus* (01:24:51). [Archivo de video]. Recuperado de <https://youtu.be/38sA725yAXg>.
- Stolkner, A. (2010a). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5, pp. 89, 90, 92. Recuperado de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/410/805>
- Stolkner, A. (2010b). Resumen en: Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5. Recuperado de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/410/0>

- Stolkiner, A. (2015). Salud mental: avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. En Tesler L., *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria* (p.6). Buenos Aires: Colihue. Recuperado de <https://n9.cl/ox6g2>
- Techera A. y Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (p.28). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Techera A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J.,...y Sánchez, C. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp. 16, 21, 22). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Universidad de la República. (2016, junio 29). Lanzamiento de Comisión Nacional por Ley de Salud Mental. Recuperado de <http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/39174>
- Uruguay. (2017, setiembre 19). Ley nº 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Yáñez, G. (2020). Fragilidad y tiranía (humana) en tiempos de pandemia. En Agamben. G., Žižek S., Nancy, J. L., Berardi, F., López S., Butler, J.,... y Preciado, P., *Sopa de Wuhan*. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). Recuperado de <http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>