

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

La Salud Mental en el Uruguay: un asunto de todos.
Acerca de la participación de colectivos sociales en el
debate parlamentario de la ley N° 19.529

Leticia Sáenz
Tutora: Elizabeth Ortega

2021

Resumen

La presente monografía indaga en el ámbito de la salud mental en el Uruguay y sus transformaciones recientes, plasmadas en la ley promulgada en el año 2017. La ley N° 19.529 suple a la denominada ley de psicópatas del año 1936, que regulaba los abordajes de las enfermedades mentales otorgando hegemonía a la psiquiatría en su atención. La actualización del marco normativo se propone un cambio de paradigma, constituyéndose la concepción de salud mental como un ámbito complejo, multidimensional, intersectorial, que privilegia el abordaje interdisciplinario y comunitario.

Se busca en la presente monografía, mediante el análisis de discurso, dar cuenta de la participación que colectivos sociales producen con la intención de tener incidencia en tal configuración; los aspectos que median su articulación e intervención, los aportes que realizan y la perspectiva que mantienen sobre una temática que históricamente estuvo monopolizada por colectivos médicos.

Mediante el análisis de las actas taquigráficas del Parlamento se percibe que los colectivos sociales problematizan los términos que se utilizan en la ley, la propuesta interdisciplinaria desplegada, la inexistencia de un cronograma de cierre de las instituciones asilares y monovalentes, y la necesidad de un órgano de contralor independiente e imparcial.

Palabras claves: salud mental, medicalización, participación social en salud

Nota aclaratoria: el presente trabajo está escrito en masculino únicamente a fin de facilitar su lectura.

Índice

Introducción.....3

Capítulo 1 Recorrido socio histórico por el ámbito de la salud mental en el Uruguay

1.1 La salud mental, una construcción socio histórica.....6
1.2 El proceso de medicalización y la salud mental en el Uruguay.....9
1.3 Nueva concepción de la salud mental y nueva institucionalidad en el sistema de salud uruguayo.....14

Capítulo 2 La participación de colectivos sociales en el proceso de discusión de la ley de salud mental

2.1 La participación social en salud.....19
2.2 El Sistema Nacional Integrado de Salud y la participación social en el ámbito de la salud mental21
2.3 Aspectos centrales de la participación en el Parlamento de los colectivos sociales26

Capítulo 3 Ejes presentados como problemáticos por los colectivos sociales en el debate por la nueva ley de salud mental

3.1 Terminología utilizada en el proyecto de ley.....33
3.2 Interdisciplinariedad.....38
3.3 Fijación de plazo para cierre de las instituciones asilares.....43
3.4 Órgano de contralor.....45

Reflexiones finales.....49

Bibliografía.....52

Introducción

El presente documento constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR. Indaga sobre las transformaciones en el ámbito de la salud mental en el Uruguay y, como parte del proceso, busca analizar la incidencia de colectivos sociales en su configuración.

El interés por abordar académicamente la intersección de la salud y la participación social surge a partir de la práctica pre-profesional desarrollada en una institución de salud cogestionada por la comunidad. Esa experiencia acercó a la estudiante a realidades sociales variadas y hasta entonces desconocidas, y generó inquietudes e interés por conocer más sobre la temática.

Otro punto importante a destacar es el interés por los aspectos socio históricos del proceso, con el supuesto de que las configuraciones originarias demarcan condiciones de posibilidad en el futuro.

La Organización Panamericana de la Salud estimó que a fines del siglo XX 114 millones de personas de la región experimentaban alguna enfermedad mental, cifras que ya en la primera década del siglo XXI aumentó a 176 millones.¹ Esa situación instala una problemática que reclama con urgencia que los Estados y las sociedades atiendan la salud mental.

Las poblaciones del Uruguay, así como de otros países de la región, ven afectadas su cotidianeidad por el mundo moderno y globalizado en el que viven. Lo que genera inevitablemente influencias en la salud mental de las personas. Hoy en día estas palabras adquieren mayor magnitud, en un contexto social marcado por la incertidumbre generalizada, desde que se declaró la emergencia sanitaria por el Covid-19.

Nuestro país en el año 2017 promulgó la ley 19.529 con la intención de reestructurar el modelo de atención de la salud mental. En la misma se proponen aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación anclados en la

¹ Organización Panamericana de la Salud (s/f) [Online] Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=106:salud-mental&Itemid=245

comunidad desde una perspectiva intersectorial, multidisciplinaria, y compleja. Constituyéndose la ley en un documento normativo que condensa un proceso de transición de concepciones, paradigmas, e imaginarios referidos a la salud mental, en el cual, diferentes colectivos sociales participan.

Hasta esa fecha el Estado uruguayo legitimaba a la psiquiatría como único actor con potestad para intervenir en nombre de la salud mental. La psiquiatría en nuestro país desde inicios del siglo XX adoptó predominantemente una explicación físico-cerebral, organicista de la enfermedad mental, que privilegió un abordaje de aislamiento, y separación de lo “enfermo” y lo “sano” (Barran, 1995). Ese abordaje biologicista de la enfermedad mental, entre otros factores, ha producido por años procesos de estigmatización y discriminación de las conductas “desviadas”, anulando de diversas formas al sujeto y restringiendo sus posibilidades de desenvolvimiento social a futuro.

Desde el Trabajo Social adquiere especial relevancia abordar académicamente la participación de colectivos sociales sobre una temática tan relevante en la actualidad. Los colectivos se constituyen en actores sociopolíticos que buscan influir en la toma de decisiones en materia de salud mental.

Se pueden encontrar como antecedentes de participación al Plan Nacional de Salud Mental de 1986, el proceso de elaboración de un anteproyecto de ley de 2009, y la elaboración de un anteproyecto de ley en 2015 (Fernández, 2017, Antúnez, 2015).

Interesa analizar la concepción de salud mental, los aportes que realizan los colectivos sociales, y su incidencia en la conformación de la ley, como forma de estudiar la acción organizada de los sujetos guiada por la búsqueda de un cambio en el modelo de atención en la salud mental, que repercuta positivamente en la salud y el bienestar de la población de nuestro país.

Con base en estas consideraciones la monografía se plantea como objetivo general analizar la participación de los colectivos sociales en el proceso de discusión de la ley de salud mental N° 19.529 que se llevó a cabo en nuestro país entre los años 2016 y 2017.

Como objetivos específicos; 1) describir, en perspectiva histórica, los distintos formatos institucionales que asumió la atención a la enfermedad/salud mental en Uruguay y el papel adjudicado a la participación de la sociedad civil, en su amplia

acepción. 2) Caracterizar la participación de los colectivos sociales en el marco de la discusión de la Ley de Salud Mental N° 19.529.

El documento se presenta como un trabajo de carácter cualitativo y exploratorio. Privilegia, en la totalidad de su desarrollo, al análisis de discurso a fin de identificar significados y valoraciones que en la contemporaneidad existen y se articulan en el ámbito social.

Un discurso es un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones: es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa. (Íñiguez y Antaki, 1994, p.63)

Se concibe que existe una relación estrecha entre la producción de discursos y el contexto social en el cual se producen, evitando la idea de entender las producciones discursivas como productos neutrales y con sentido por sí mismos (Bourdieu, 1985).

En tal sentido, el presente trabajo analiza las actas taquigráficas del Parlamento uruguayo entre el periodo 2016-2017 años en los que la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores y la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes recibió en el marco de discusión de la ley N° 19.529 a diferentes colectivos de la sociedad con el fin de conocer su postura sobre la temática.

Se reflexiona sobre dichos discursos incorporando aportes teóricos que posibilitan analizar y problematizar la participación de los colectivos y su postura en el área de la salud mental.

El documento se estructura en tres capítulos, el primero esboza un acercamiento a la salud mental como una construcción historicosocial, dando cuenta de los abordajes desarrollados en el Uruguay. El segundo capítulo profundiza sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, la nueva concepción de salud que imparte y el lugar privilegiado que se le otorga a la participación social en los asuntos de salud/enfermedad, haciendo especial énfasis en la participación en el ámbito de la salud mental. Por último, el tercer capítulo analiza los discursos de los colectivos sociales presentes en el debate parlamentario del proyecto de ley, los ejes problemáticos que plantean y los aportes que realizan.

Capítulo 1 Recorrido socio histórico por el ámbito de la salud mental en el Uruguay

En el presente capítulo se propone reconstruir desde una perspectiva histórica la evolución del concepto de salud mental, y su repercusión en el ámbito de la salud mental en el Uruguay, esbozando el paulatino proceso de transformación de concepciones, abordajes, y la institucionalidad que acontecen desde el siglo XIX hasta inicios del siglo XXI en nuestro país. Se vuelve indispensable dicha contextualización histórico social como forma de comprender el devenir de la realidad actual en la salud mental y el proceso participativo de los colectivos sociales.

1.1 Diferentes autores exponen que la evaluación de personas como sanas o enfermas depende del contexto social, remitiéndose así la definición de salud mental a una construcción social e histórica. Citando a Amico (2005):

La categoría salud mental es de difícil definición, pues se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no solo depende de alteraciones de su personalidad sino también de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. (pp.17-18)

Siguiendo esa línea de pensamiento, Alvaro (1992) identifica cuatro fases en relación a la salud mental y las representaciones populares que en torno a ella se han formado históricamente; “la primera consideraría la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina; la segunda interpretaría la enfermedad como desviación social; la tercera la considera como enfermedad física y, finalmente, la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos” (párr.3).

Como lo establece Foucault (1990) en la época de la edad media “el loco” tenía libre circulación por espacios comunes, y no existía intolerancia hacia él por parte de terceros. Aunque existía una diferenciación respecto a los “normales”, ya que estas

personas difícilmente encontraban trabajo, formaban una familia, etc. Existían maltratos o persecuciones hacia la figura del “loco”, pero “(...) estos se ejercían en tanto los imaginarios sociales le atribuían ser motivo de desorden, malestar social, portador del demonio u otras percepciones míticas sobre su comportamiento que no hallaba explicación.” (Galende y Kraut, 2006, p.27).

Antes de la modernidad no se trataba a la enfermedad mental desde ninguna disciplina, ni se la regulaba por medio de un marco jurídico especial. Por el contrario, las personas que sufrían enfermedades mentales eran tratadas cuando provocaban desórdenes, conflictos, o tenían conductas antisociales, de la misma manera que se trataba a cualquier delito (Galende y Kraut, 2006).

Fue a partir del siglo XVII que la sociedad se volvió intolerante hacia las expresiones de locura. En un contexto donde el capitalismo era incipiente, la figura del “loco” fue objeto de internaciones, por el hecho de conformar un grupo mayor de personas que no favorecen el desarrollo capitalista como lo eran también los vagabundos, prostitutas, desempleados, etc. No se desarrollaban acciones para tratar la locura en su especificidad.

En la coyuntura del capitalismo industrial, a fines del siglo XVIII, como lo sostiene Foucault (1990) se sustituye esa figura de “loco” por la del enfermo mental; allí se comienza a pensar que la locura puede recibir tratamiento, que la persona con enfermedades mentales puede llegar a ser partícipe de la vorágine del trabajo. Todo ello favorable al interés capitalista de contar con mano de obra barata.

Amarante (2009) plantea que en esa época los hospitales comienzan a ser medicalizados y paulatinamente pierden su función de caridad para asumir la función de tratar a los enfermos. Allí los médicos adquieren un papel primordial y constante, producen un saber sobre las enfermedades siguiendo un modelo epistemológico de las ciencias naturales, el cual lleva a abordar a las enfermedades como algo natural y abstracto.

La hospitalización de las personas con enfermedades mentales posibilita a los psiquiatras acceder a la enfermedad mediante la observación y el estudio de comportamientos, adquiriendo ese examen minucioso de la ciencia, una intención de cura que se lograría mediante el tratamiento moral.

Sobre esas bases biomédicas se desarrolla la actividad psiquiátrica durante gran parte del siglo XX. Autores como Martin y Ovejero (2009) plantean que desde la segunda mitad del siglo XX, comienza a gestarse una psiquiatría alternativa que reconoce componentes sociales y comunitarios en la enfermedad mental. Amarante (2009) ubica a este movimiento de reforma psiquiátrica como un movimiento más amplio de transformación de la misma ciencia, y las bases epistemológicas del conocimiento, no únicamente como una intención unívoca de psiquiatras insurgentes.

A la interna de la psiquiatría, un sector profesional comienza a postular a la enfermedad mental como un problema relacional, de adaptación del sujeto al medio, evitando concebir a la enfermedad mental como un problema únicamente de orden orgánico. En tal sentido, los abordajes deberían dirigirse a nivel comunitario: “Si la patología tiene su origen en el contexto familiar y comunitario en el que vive el sujeto, es allí donde debe producirse la terapia, y no en un contexto hospitalario.” (Martin y Ovejero, 2009, p.297).

Galende (2015) refleja esa perspectiva relacional de la salud mental en cuanto reconoce a un sujeto empírico que desarrolla su vida en un medio social que le impone condiciones, pudiendo producir en él algún tipo de sufrimiento mental. Lo que conlleva a que el sujeto “no pueda ser comprendido, ni interpretado su sufrimiento, sino en el conjunto de esas múltiples determinaciones que atraviesan su modo de vivir, su modo de sufrir y su manera de asumir y expresar ese sufrimiento” (pp.63-64).

Faraone (2013) plantea que en esa concepción la subjetividad de las personas se torna un aspecto privilegiado ya que existen diversas formas de padecer en una realidad social que se presenta dinámica y compleja.

En consonancia con un entendimiento de la salud mental como un campo complejo Amarante (2009) expone que:

Pocos campos de conocimiento y actuación en la salud son tan vigorosamente complejos, plurales, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes. (...) cuando nos referimos a la salud mental, ampliamos el espectro de los conocimientos involucrados, de una forma tan rica

y polisémica, que encontramos dificultad para delimitar sus fronteras, saber dónde empiezan o terminan sus límites.” (p.17).

1.2 En nuestro país a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX comienzan a existir indicios de que el Estado fija su interés en el tratamiento de las enfermedades mentales. En el mencionado periodo histórico se produce una complejización y expansión de la estructura estatal; el Estado comienza a pronunciarse e intervenir firmemente sobre diversas áreas que anteriormente no regulaba. Como parte del mismo proceso se consagra a la racionalidad como un medio útil y necesario para lograr el progreso social. Es así que las decisiones a nivel de Estado buscan sustento a través de la observación de la realidad en pos de lograr una sociedad desarrollada y civilizada.

Generalmente esta "mirada" sistemática de la realidad, era reveladora del grado de desviación, de vicio y de violencia que son capaces de desarrollar, real o potencialmente, las clases sociales más bajas en su existencia cotidiana, en razón de las condiciones de vida material y moral en que se encuentran. Sus vidas y sus costumbres aún no "normalizadas", sin ajustarse a los requerimientos de la vida civilizada, las convertía, ante los ojos de los observadores, en una fuente de contagio y subversión para la lógica de desarrollo que necesitaba la sociedad para asegurar su "progreso". (Morás, 2000, p.47)

Diferentes situaciones comienzan paulatinamente a ser abordadas en el marco de instituciones asistenciales modernas. Ello inevitablemente produjo un aumento exponencial de profesionales y expertos necesarios para atender las diversas manifestaciones de la cuestión social.

En el ámbito de la salud, el saber y poder médico se expande hacia áreas sociales que anteriormente eran externas a su influencia. Diversidad de fenómenos y situaciones de la vida social y personal comienzan a ser catalogadas en el marco del binomio salud/enfermedad, produciendo una ampliación de la intervención médica en las relaciones sociales. Ese fenómeno moderno es identificado como un proceso de medicalización de la sociedad (Barran 1995, Mitjavila 1998, Ortega 2008).

Se produce entonces la conversión de la salud en un problema eminentemente político desde el punto de vista de la relevancia de la higiene

pública, la revalorización del cuerpo (como fuerza de trabajo) y la moralización, que lleva al control social de la «conducta desviada». (Ortega, 2008, pp.27-28)

En esa coyuntura, la profesión médica adquiere cierta autonomía. La misma es producto de la relación entre la profesión y el Estado, ya que es este último el que al reconocer su importancia en el mundo moderno, le garantiza el monopolio de curar.

Friedson (1978) concibe a la autonomía médica por su status profesional, el cual le otorga el derecho de organizarse al interior de su campo para controlar su propia labor. Dicho autor expone que una prueba de la autonomía médica refiere a la autorregulación de la profesión: “Los profesionales gozan del especial privilegio de la exención del control ejercido por extraños. (...) la profesión es la única fuente de competencia para reconocer la actuación errónea y para regularse a sí misma en general” (Freidson, 1978, p.145).

Así mismo, Mitjavila expone que el ámbito político institucional responsable de controlar normativamente el ejercicio médico, otorga especial autonomía a la profesión en el espacio clínico. Siendo el mismo control “un mecanismo de incitación a la autonomía, en la medida que generalmente exige del médico el desempeño de ciertas competencias en condiciones poco definidas o padronizadas” (Mitjavila, 1998, p.24).

Así es que a lo largo del siglo XIX y el XX los médicos adquieren dominio total en cuanto a la definición de la salud, la enfermedad y los abordajes desplegados. Sus decisiones no son cuestionadas en ningún aspecto, dada su pretensión de cientificidad y a la inversa, otro tipo de saberes o conocimientos no son incorporados por la falta de status científico. Siguiendo a Morás, (2000):

El saber médico intentó quitar la discusión del campo de los profanos no iniciados: "Las cuestiones de medicina deben ser resueltas por médicos", advertencia lanzada por el Dr. F. Soca hacia otros profesionales que disputaban su campo de influencia, era también válida para los poderes públicos; de allí que la verdad del médico debía seguirse por parte del Estado, si éste verdaderamente pretendía guiarse por principios "científicos". (p.211)

La medicina limitó la discusión estableciendo en el área de la salud el despliegue de un abordaje individualista, enfocado en el cuerpo biológico y la cura de sus enfermedades. Convirtiéndose en “ (...) un saber solo de hechos, empírico, formado en

la observación y la experimentación, dependiente de la clínica, donde enseñaba la mirada sobre el enfermo, y el laboratorio, donde instruían las operaciones cuidadosamente analizadas” (Barran, 1995, p.9). Podían predicar sobre salud y enfermedad solo los iniciados en la temática, quienes estuvieran formados académicamente en medicina y en el esotérico mundo de la científicidad.

A nivel hospitalario se registran cambios trascendentales: a lo largo de los siglos XVIII y XIX los hospitales eran creados como lugares de caridad, para dar abrigo, alimentos, y asistencia religiosa a poblaciones vulnerables como ser: mendigos, pobres, desempleados y/o enfermos, siendo la dimensión religiosa un componente predominante en dichas instituciones. Pero a partir de fines del siglo XIX e inicios del siglo XX la profesión médica comienza a tener predominio en los hospitales, y la dimensión científica racional le otorga sustento. Se desplaza en forma paulatina la caridad y filantropía por una asistencia médica basada en criterios científicos y con funciones sociopolíticas más amplias y acordes a la reproducción del orden capitalista.

Las instituciones evocadas a abordar las enfermedades mentales también fueron parte constitutiva del cambio que se registraba en la época, no quedando exentas a los procesos medicalizadores de la sociedad. En 1912 se crea la colonia Dr. Bernardo Etchepare y la colonia Dr. Santin Carlos Rossi, que junto al “Asilo de Dementes” creado en 1879 y el Hospital Vilardebó creado un año después, se constituyen en las instituciones destinadas a la internación de personas con enfermedad mental.

Simultáneamente, la progresiva extensión del dominio médico en asuntos sociales produce un aumento significativo y exponencial de personas tratadas por situaciones de enfermedad mental. Datos de la época indican que en el año 1910 había más de mil quinientas personas en el hospital psiquiátrico, y en la segunda mitad del siglo XX el hospital y la Colonia Etchepare llegaron a albergar alrededor de cinco mil personas. Alcanzando una tasa de 18 pacientes cada diez mil habitantes en nuestro país, siendo una cifra de las más altas del mundo (Techera, Apud y Borges, 2009).

La intervención estatal mantiene en los sucesivos años un fuerte componente hospitalocéntrico centrado únicamente en la enfermedad, donde el saber y la práctica médica adquieren el monopolio decisorio. En ese entonces la psiquiatría concebía a las enfermedades mentales como un producto de desórdenes físico-cerebrales de los

sujetos. Barran (1995) cita una frase de Santín C. Rossi que reafirma la premisa de los profesionales de la época: “la psiquiatría fundará su clínica sobre la anatomía y la fisiología del encéfalo, o sus construcciones no tendrán más consistencia que la de simples creaciones verbales, variables con el criterio y prestigio de cada autor” (p.129).

En ese entendimiento de la enfermedad mental el discurso del paciente no adquiriría significado siquiera para su atención, ya que: “No había por qué dialogar con él y descifrar sus sentidos ocultos, sino observar su conducta dentro de un panóptico -el manicomio- y su cuerpo en el laboratorio” (Barran, 1995, p.130).

Para el tratamiento moral de las conductas socialmente desviadas, los psiquiatras entendían que, aislar al paciente de su entorno social cercano y alejarlo del mundo exterior era indispensable.

Se apartaba, pues, al alienado de las interferencias que pudieran perjudicar tanto la observación detallada, para la consideración del diagnóstico más preciso y correcto, como para llevar adelante el propio tratamiento moral que, como se podría suponer, requería orden y disciplina para que la mente perturbada pudiera nuevamente encontrar sus objetivos y verdaderas emociones y pensamientos. (Amarante, 2009, p.32)

La psiquiatría mantenía la noción de que no se podía curar si existían sentencias opuestas a lo que la disciplina entendía era adecuado. El propio enfermo, en ocasiones, también podía constituirse en un contrapoder al que había que impugnar.

La psiquiatría del Novecientos dedujo de su monopolio del curar, la patologización de las voluntades que se le oponían; sacerdote, domésticos, extraños, amigos, familia, el propio paciente, pues ellas sólo conducían al recrudecimiento de la enfermedad. La salud consistía en el sometimiento a un único poder: el del psicoterapeuta. (Barran, 1992, pp.74-75)

En el ámbito de las instituciones asilares el psiquiatra mantenía autonomía y monopolio decisorio en el abordaje de las enfermedades mentales y los tratamientos a indicar. Por su posición profesional consolidaba su conocimiento como autorizado y definitivo, ejerciendo su poder sobre los pacientes y sus familias.

Junto al encierro se produce el primer despojo de todo derecho al loco, (...) no será más ciudadano, estará sometido de manera absoluta al poder del director de asilo: este juzgará sobre su capacidad, su libertad para vivir en comunidad, deberá someterse a los tratamientos o castigos que se le ordenen para corregir su comportamiento, aceptar que sea la orden del director la que determine a quiénes puede recibir en su internación o con quienes de sus amigos o familiares puede comunicarse, recibir información del exterior del manicomio, y aceptar que le está negado el derecho a peticionar por su situación. (Galende y Kraut, 2006, p.33)

Hay autores que estudian los efectos negativos de las instituciones psiquiátricas en los pacientes. Goffman (1984) analiza los manicomios, como instituciones totales, las cuales tienden a generar procesos de “mutilación del yo” y “desculturación” en la vida de los pacientes. Influyen en la vida de los internos produciendo una alteración de su yo y simultáneamente provocando un alejamiento de lo social y relacional. Ya que las disposiciones sociales estables del medio habitual que reafirman su yo, y lo conectan con los aconteceres del mundo social, no se encuentran disponibles en el interior de la institución.

La primera normativa nacional que regula el abordaje de la enfermedad mental en nuestro país, la Ley N° 9.581 de Asistencia al Psicópata, creada en el año 1936, mantiene un fuerte componente medicalizador producto de los principios médicos que en la época median la temática y la estrecha relación instaurada entre la profesión médica y el Estado. En consonancia, la normativa privilegia la hegemonía del orden psiquiátrico en el abordaje de las enfermedades mentales. El artículo 6 indica que “La construcción y organización técnica de cada establecimiento psiquiátrico deberán ser ajustadas a los reglamentos que se dicten con sujeción a los principios, generalmente adoptados, de la ciencia psiquiátrica moderna”.

En la normativa se crea en la ley la figura del Inspector de Psicópatas y la Comisión Honoraria asesora de la Asistencia a Psicópatas y se les adjudican funciones de vigilancia e inspección de la asistencia, los establecimientos, y producción de sanciones en casos pertinentes, entre otras. Hay una intención normativa de supervisión,

pero ambas disposiciones institucionales se conforman predominantemente con presencia de psiquiatras y figuras afines al ámbito médico, quedando designada la tarea de garantizar los abordajes médicos, a cargo de otros médicos.

Ocho años después de la creación de la ley de psicópatas, se promueve la ley N° 11.139 que crea al Patronato del Psicópata. Un elemento innovador para la época, ya que fue creado para proteger al enfermo mental en la asistencia brindada, velar por su bienestar cuando se realice su reintegro a la sociedad, asesorar a las familias en trámites, gestiones, y administrar un "hogar taller" para todos aquellos que no tienen apoyo familiar, entre otras. Se reglamenta que en la conformación del mismo se integre a ocho personas que proponga el Ministerio de Salud Pública –MSP- como ocurrentes, siendo cuatro de ellas directores de los establecimientos, integrantes de la Sociedad de Psiquiatría, la Liga Uruguaya Contra el Alcoholismo y la Asociación pro-Enfermos Mentales del Hospital Vilardebó.

A pesar de la intención de velar por el bien de los pacientes, como lo establece Fernández (2017) históricamente las mencionadas instituciones tuvieron una infraestructura precaria, predominio de personal no especializado, que dirige las intervenciones principal y exclusivamente al uso de psicofármacos, con escasa atención terapéutica y asistencia psicosocial.

1.3 En relación a los aspectos anteriormente expuestos de la institucionalidad existente en el país para abordar la enfermedad mental, en el año 1966 un consultor de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, realizó un informe sobre la salud mental, donde describe la atención en salud mental en nuestro país:

El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen

el deber de intervenir ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido. (Arduino y Ginés, s/f, p.4)

El informe Chanoit contribuyó a la crítica y problematización que comienza paulatinamente a producirse sobre las instituciones psiquiátricas y su funcionamiento. Siguiendo a Martín y Ovejero (2009) es a partir de la segunda mitad del siglo XX que hay iniciativas que cuestionan la forma en que el Estado interviene, gestándose un movimiento antipsiquiatría fuerte a nivel regional e internacional que se interesa por problematizar al saber psiquiátrico y las prácticas que éste genera.

El movimiento anti psiquiátrico no tuvo en Uruguay grandes expositores, pero generó incidencia en los acontecimientos de nuestro país (Bentura, Mitjavila, 2012). Comienzan a percibirse cambios institucionales aislados: desde la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, se busca reorganizar la red asistencial creando unidades de Salud Mental en hospitales generales del ámbito público, se impulsan nuevas estrategias asistenciales que respondan a las demandas de la población y, en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela se consolida el Programa de Psicoterapia y Abordajes Psicosociales (Fernández, 2017).

Desde la segunda mitad del siglo XX confluye una tendencia al interior de la profesión psiquiátrica de entender a la enfermedad mental de forma más compleja, con la demanda de la sociedad civil de que se recreen los abordajes históricamente desplegados y la atención en salud mental en nuestro país.

En el marco de la lucha de resistencia a la dictadura, se intensificaron los movimientos sociales en torno a la defensa de los derechos humanos donde queda comprendida la lucha por la dignificación de la Salud Mental. Este movimiento propone comprender el padecimiento mental en su significación subjetiva individual y colectiva de modo de re-valorizar al sujeto inserto en una trama relacional en un contexto sociohistórico y político concreto. (Fernández, 2017, p.30)

En la salida de la dictadura se retoma el proceso reivindicativo, y es en ese mismo año que el MSP convoca a una Comisión Nacional de Salud Mental, a realizar sus aportes, para conformar un Plan Nacional de Salud Mental -PNSM- que perseguía el fin de dar respuesta a las dificultades que se identificaban en el sistema de salud en cuanto a la atención en salud mental. El PNSM se alinea a pronunciamientos internacionales que se realizan en la época y refieren a la necesaria reestructuración de la atención en salud mental en los sistemas de salud.²

A pesar de los esfuerzos institucionales, el plan logró ser parcialmente instrumentado. Existieron avances dispersos: se redefinió al hospital Vilardebó como un hospital de agudos, se trasladaron internos a las colonias B. Etchepare y Santin Carlos Rossi, se redujo la cantidad de personas internadas en esas instituciones³, se crearon centros de rehabilitación y a nivel de ASSE se conformaron los Equipos Comunitarios de Salud Mental (Bentura y Mitjavila 2012).⁴

Es importante destacar que el Plan se constituyó en un antecedente significativo para un nuevo tratamiento de la salud mental en nuestro país. Plasmó, en un documento nacional emitido por el MSP, la necesidad de un cambio de paradigma en salud mental, que se adecue a los requerimientos que la población tiene, y promueva los derechos de

² En 1990 se produce la Declaración de Caracas, allí se afirma “que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”, y en ese sentido que “El hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al: aislar al enfermo de su medio (...) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo (...)” declarando “que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico”. (Declaración de Caracas, 1990)

³ Varios autores exponen que se dio una desinstitucionalización forzosa ya que los recursos comunitarios para apoyar a esas personas fueron escasos e insuficientes, en un contexto societal marcado por el devenir del neoliberalismo y el repliegue del Estado en materia social.

⁴ Los Equipos Comunitarios de Salud Mental se producen como una nueva forma de organizar la asistencia en ASSE que implicó la creación paulatina y la distribución en el territorio de equipos multidisciplinarios para la atención ambulatoria en salud mental. Los profesionales previstos en los equipos fueron; psiquiatras, psiquiatras de niños, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería y administrativos. Pudiéndose integrar otros técnicos según las situaciones atendidas lo demandaran. (Romano, et al., 2007)

los usuarios de los servicios. Expresa iniciativa en que los servicios de salud mental sean de carácter comunitario, desde un enfoque interdisciplinario, e intersectorial. Establece que: “(...) las soluciones sólo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya a las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la salud mental y a todos los recursos existentes en la comunidad” (p.9).

No es hasta el 2005 que se genera un contexto político, social y económico que se planteó traducir las nuevas concepciones de salud mental, y los principios del PNSM en acciones concretas. El gobierno promovió una reforma profunda de la institucionalidad en salud, creando al Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS-. La reforma cambió el sistema de salud en lo referido a: la forma de financiamiento -asegurando una cobertura solidaria, equitativa y universal-, la forma de gestión -buscando un mayor grado de democratización y transparencia- y el modelo de atención, privilegiando el primer nivel de atención -la promoción, prevención y educación en salud-. Por otro lado, otorgó al MSP un rol más determinante como organismo conductor del sistema, siendo una de sus competencias la elaboración de políticas y normas que organizaran a nivel nacional los servicios de salud.

El concepto de salud que transversaliza al SNIS se alinea con posicionamientos internacionales que entienden a la salud como un bienestar físico, mental y social de todos, no limitándose a la inexistencia de enfermedades, sino que implicando factores de índole económico, social, cultural, ambiental. (Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986). El sistema de salud uruguayo se reforma y adquiere una nueva concepción de salud integral, en la cual, la salud mental en particular, pasa a ser un componente esencial e imprescindible de ser atendida.

Organismos como la Organización Mundial de la Salud comienzan a conceptualizar a la salud mental como: “(...) un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2013, p.42).

Esa definición contemporánea trasciende las situaciones de enfermedad mental, concibiendo a la salud mental desde un aspecto positivo, no como la ausencia de enfermedades mentales, sino como un estado armónico de bienestar físico, mental y social. Además, la OMS (2013) plantea que tanto la salud como los trastornos mentales incluyen características individuales en cuanto a la capacidad del individuo de gestionar

su pensar, sus emociones, interacciones y comportamientos, pero también refieren a factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

El reconocimiento de determinantes en la salud y la enfermedad mental, reubican el asunto en un plano social y político. La sociedad demarca condiciones de existencia que genera procesos de salud y/o enfermedad particulares. En tal sentido, se evita concebir a la enfermedad mental desde una perspectiva estrictamente organicista.

En 2011, guiado por la nueva concepción de salud mental, el MSP crea el Plan Nacional de Prestaciones en Salud Mental. El cual pretende la universalización de la prestación, ya que sin ser a nivel público -y no exento de dificultades-, el abordaje es mayoritariamente dado desde el ámbito particular, siendo de baja accesibilidad para la población en general. En tal prestación se combinan abordajes de intervención grupal, en modalidad de taller, atención psicoterapéutica individual, en familia y/o grupal. Pudiendo percibirse la iniciativa de abordar institucionalmente a la salud mental como un ámbito complejo, irreducible únicamente a aspectos biológicos, y privilegiando abordajes vinculares con pacientes y familias.

Además de avanzar en el reconocimiento de una nueva concepción de salud mental en materia institucional y la prestación de servicios, Uruguay incorpora, a inicios del siglo XXI, un enfoque de derechos y promulga una normativa acorde, que repercute necesariamente en el campo de la salud mental.

Capítulo 2 La participación de colectivos sociales en el proceso de discusión de la ley de salud mental aprobada en el año 2017 en el Uruguay

En el presente capítulo se pretende conceptualizar el sentido de participación social en salud que se adopta en el trabajo, para posteriormente, profundizar en los mecanismos formales de participación que la nueva institucionalidad en salud de nuestro país establece. En el ámbito de la salud mental, se desarrolla el proceso de participación de diversos colectivos sociales, en la discusión que se extiende desde el Ministerio de Salud Pública, donde se crea un anteproyecto de ley, hacia el Parlamento uruguayo, donde se debate el proyecto de ley. Se identifican los colectivos sociales que se involucraron mayoritariamente en ambas etapas, y los aspectos relevantes de su organización y articulación.

2.1 Autores como Bronfman y Gleizer (1994) exponen que cuando se utiliza el término participación social en salud es imprescindible hacer referencia a qué se busca significar, ya que el término es utilizado con ambigüedad para hacer referencia a una diversidad amplia de objetos, para referirse a diferentes objetivos, niveles y/o formas de participación. Los autores realizan una conceptualización amplia de la participación en el sector de la salud, la cual implica que al menos un sector de la población, se involucre en alguna actividad del ámbito sanitario, pudiendo variar el grado y la forma de vinculación.

Menéndez (1994) establece que desde la conferencia de Alma Ata⁵ coexiste una doble acepción de la participación social en el ámbito de la salud, una que entiende la misma como un recurso, y otra en términos de población organizada que interviene con mayores grados de incidencia en el sistema sanitario. La primera conceptualización percibe que toda acción sanitaria debe estar enfocada a generar capacidad en la

⁵ En 1978 se produce la declaración de Alma-Ata, la cual se convierte en una referencia mundial y posiciona a la participación social como la estrategia más relevante para alcanzar la salud para todos. El punto IV de la declaración establece que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.”

comunidad para que ella misma con sus recursos pueda resolver sus problemas y necesidades en salud, produciendo menos dependencia de los servicios.

La segunda acepción tendió a ser inicialmente utilizada por quienes asumen la atención primaria desde un enfoque integral. Menéndez (1994) ubica, en el marco de la producción teórica latinoamericana, la definición de Muller (1979) como la más icónica de esta postura:

(...) quien a fines de los setenta y refiriéndola a la situación regional consideró a la participación social como el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones. (p.14)

Este tipo de participación de poblaciones organizadas requiere un agrupamiento por su especificidad, siendo la participación un producto intencional que presupone la construcción de acciones específicas y voluntarias de los involucrados. Su complejidad resulta creciente según el número de integrantes que nuclea, lo que conlleva un aumento de esfuerzos para asegurar su organización y articulación, en pos de lograr los objetivos que se propongan (Menéndez, 1994).

Además, autores como Vázquez, Siqueira, Kruze, Silva y Leite, (2002) identifican que para que la participación social en salud de grupos organizados se efectivice es preciso un sistema que facilite a los ciudadanos poder interactuar colectivamente e incorporar su perspectiva a las orientaciones que se tomen, conjuntamente debe existir voluntad política ya que:

La participación conlleva una redistribución de poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones de salud. Es decir, si se abren espacios para la participación social, las instituciones y el personal de salud pierden su absoluto monopolio en la toma de decisiones, que habrán de ser consensuadas entre los diversos agentes sociales. Esto significa, por tanto, un cambio de actitud en el personal de salud, no siempre fácil de conseguir. (p.33)

Siguiendo con Vázquez, et al., (2002) toda acción de participación implica colectiva e individualmente disposición psicológica y tiempo, por lo que el individuo tenderá a participar en acciones colectivas más probablemente si percibe que puede tener capacidad para influir en los resultados, y que va a lograr algún beneficio. Si previamente existen asociaciones o grupos que se convierten en mecanismos viables en los cuales participar, el individuo probablemente participe más.

Por tanto, en todo proceso participativo de la sociedad en asuntos de salud -en términos de incidir en la toma de decisiones-, se requiere disposición política para propiciar la distribución de poder y recursos necesarios para que la sociedad se exprese en la materia, un nivel organizativo acorde que viabilice el trabajo mediante mecanismos institucionales formales, y la disposición e interés mantenida en el tiempo, de la población organizada y articulada para participar (Vázquez, et al., 2002).

2.2 El nuevo sistema de salud que se instaura a partir del 2005 reivindica la importancia de que la población, además de ser destinataria de los servicios de salud, se implique en los procesos de gestión y tenga espacios para expresarse. Se apuesta a que usuarios, familiares y la sociedad en general, participen en los procesos de salud/enfermedad.

Los principios y valores de la conferencia de Alma Ata son integrados, creándose diferentes mecanismos que hacen posible la participación social en la salud desde diversos niveles y ámbitos institucionales. Se conforma la Junta Nacional de Salud –JUNASA- que tiene el fin de administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por el cumplimiento de los contratos de gestión. La misma es conformada -entre otros- por representantes de los prestadores integrales de salud, los trabajadores y usuarios. En el artículo 27 de la ley se establece que la JUNASA contará con Consejos Asesores Honorarios de carácter departamental y local. Ese artículo es reglamentado en el año 2011 mediante un decreto que establece a la participación social como un principio rector del SNIS y como un objetivo deseable el generar espacios de participación activa que mejoren el relacionamiento de todos los sujetos involucrados.

Por otro lado, se establecen los Consejos Asesores y Consultivos en el marco de las instituciones de salud siendo su integración de dos representantes del prestador, dos trabajadores y dos usuarios. Son algunas de sus competencias: el apoyo de campañas de

salud, participar y elaborar propuestas sobre planes, programas, acciones que se desarrollen en el prestador, y evaluar cómo se llevan a cabo los programas de atención integral a la salud. (Anzalone, 2018).

Desde la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE -RAP-ASSE- y la Intendencia de Montevideo se definió la participación social en salud como un factor estratégico para cambiar el modelo de atención. La RAP/ASSE ha impulsado el surgimiento y desarrollo de las Asambleas Representativas de Usuarios por zona de Salud y potenciado espacios participativos en salud a nivel local y barrial. Desde la División Salud de la Intendencia se han apoyado variadas formas de participación, como la creación de redes territoriales, la articulación con Centros Comunales y Consejos Vecinales. (Anzalone, 2018).

Los mecanismos institucionales descritos tienen la intención de viabilizar planteos, demandas, necesidades que la sociedad en general o poblaciones específicas puedan tener en relación a los servicios, la atención, y/o los cuidados que se despliegan en las mismas instituciones. Abren una ventana de posibilidad para que se escuchen lógicas diversas, y se produzca un involucramiento de la sociedad en la producción del sistema de salud. El usuario ya no es visualizado únicamente como un receptor de la atención, como un cliente, el cual únicamente puede exigir un buen servicio. En el SNIS se percibe al usuario como un actor sociopolítico que mediante su participación ejerce sus derechos y deberes como ciudadano.

En el área de la salud mental existía con anterioridad por disposición del Plan de 1986, la Comisión Asesora Técnica Permanente -CATP-, la cual en el marco del SNIS cobra especial relevancia ya que oficia como un mecanismo para que ciudadanos interesados en la atención en salud mental, puedan participar y exponer su perspectiva.

Desde el subgrupo de Legislación y Derechos humanos en Salud Mental de la CATP se estimuló la redacción de un anteproyecto de ley de salud mental desde una óptica de Derechos Humanos y con la participación de usuarios y familiares con el fin de garantizar que la ley responda a necesidades y problemas que afectan la calidad de la atención en salud mental (Antúnez, 2015).

La regulación de la atención de la salud mental en nuestro país continuaba hasta el momento rigiéndose con una ley promulgada en el año 1936 que otorga total

hegemonía a la psiquiatría en ese ámbito y mantenía una concepción biologicista de la enfermedad mental a pesar de los avances en la concepción y el entendimiento contemporáneo de la salud mental como un ámbito complejo, transversalizado por diferentes lógicas.

En abril del año 2007 el MSP convocó a una reunión para comenzar a producir un anteproyecto de ley en salud mental, sin embargo, se produjo un periodo de pausa en su producción, desde junio de 2009 hasta febrero de 2015. El impasse en la elaboración del anteproyecto de ley fue solicitado por el grupo de trabajo, ante declaraciones y escritos realizados en el boletín de la SPU, (Sociedad de Psiquiatría del Uruguay) en ese mismo año.

Antúnez (2015) cita fragmentos de las declaraciones escritas por el presidente de ese entonces de la SPU- :

(...) la ley de 1936 brinda un contexto legal que cubre adecuadamente a los psiquiatras.../ pudimos lograr que la fecha del 16 de Julio (en la que teníamos previsto presentar el Anteproyecto al Parlamento) fuera pospuesta (...) creemos que esta tarea de defensa (de la psiquiatría y de los psiquiatras, anteriormente dicha) debe ser mantenida con continuidad por la nueva Comisión Directiva en una verdadera - por así decirlo – “política de Estado”. (p.12)

De esa forma el colectivo de psiquiatras cuestionaba el esfuerzo que se estaba llevando a cabo en el MSP para promover una nueva ley en salud mental, exhibiendo públicamente la intención de defender su poder históricamente instituido en el área de la salud mental. Dicho suceso permite percibir que, a futuro el proceso de producción del proyecto de ley no estaría exento de disensos y luchas de poder.

La participación social de grupos organizados en el área de la salud presupone que la hegemonía históricamente médica en esa área cambie, a fin de que otras lógicas puedan ser incluidas. Ese proceso se ve dificultado por concepciones, principios, prácticas que fueron naturalizadas e instituidas por el dominio médico en la cúpula decisoria de los sistemas de salud. Aspecto que puede visualizarse en la intención truncada en una primera instancia, del MSP de elaborar un anteproyecto de ley en salud mental que fuera producto de una vasta participación de diversos actores de la sociedad civil.

Sin embargo, el trabajo articulado y organizado de los colectivos sociales posibilitó que años después, el MSP retomara como prioridad inmediata el trabajo de elaboración del anteproyecto de ley en salud mental. En tal sentido, en dicho momento histórico puede observarse un tipo de participación social en el ámbito de la salud mental que excede el objetivo de reproducción biosocial de los involucrados en términos de Menéndez (1994), y tiene alcances más amplios, en cuanto a la búsqueda de los colectivos sociales de generar transformaciones en el sistema de salud y la percepción de la salud mental a nivel societal.

Las organizaciones sociales de usuarios y familiares que históricamente han trabajado en relación a la salud mental de nuestro país cobran relevancia, con un acúmulo de trabajo, y una modalidad de funcionamiento generalmente invisibilizada públicamente, organizaciones que datan -algunas- desde fines del siglo XX, continúan luchando por la producción de alternativas al modelo asilar y a la hegemonía de la psiquiatría en el abordaje de la salud mental.

Del relevamiento realizado para la elaboración de este documento surge que entre los colectivos sociales presentes en el trabajo realizado en la órbita el MSP y posteriormente presentes en la discusión parlamentaria del proyecto de ley, se encuentran:

El grupo La esperanza, que es una asociación de familiares y amigos de personas con trastornos mentales severos del tipo esquizofrenia que al no recibir respuesta estatal a sus necesidades se reúnen desde 1984 para brindarse apoyo y comprensión mutua. El mismo adquiere personería jurídica desde 1989 convirtiéndose en una organización no gubernamental sin fines de lucro.

La Federación Nacional de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental - Caminantes- asociación civil de segundo grado que reúne a grupos de familiares organizados de todo el país. Tiene personería jurídica y trabaja apoyando personas con trastornos mentales severos y a sus familiares.

La radio Vilardevoz, que comenzó a funcionar a fines del año 1997 a iniciativa de estudiantes de la Facultad de Psicología y es actualmente coordinada por psicólogos. Es una radio comunitaria ya que solo tiene antena de alcance zonal; se constituye en un espacio de encuentro, de diálogo y debate; conformada por aquellos que viven y/o

vivieron situaciones de padecimientos psíquicos. Mantiene como pilares de su funcionamiento a la participación, la comunicación y la salud mental.

La Asamblea Instituyente Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, colectivo que se crea en el año 2012 nucleando la participación de organizaciones sociales, colectivos universitarios, trabajadores, usuarios, familiares vinculados al campo de la salud mental. Como su nombre lo establece busca dar visibilidad a las situaciones de vulneración de derechos, proponiendo multiplicar prácticas colectivas que fortalezcan vínculos solidarios y de encuentros en la diferencia. La asamblea entiende integralmente y desde una perspectiva de Derechos Humanos a la salud mental y trabaja para desestigmatizar la locura, privilegiando una ética que garantice la vida digna.

Esos colectivos son parte constitutiva de los seis subgrupos de trabajo interdisciplinarios que en 2015 crea el MSP, contando con la participación de gremios, colectivos académicos y agrupaciones de usuarios y familiares⁶. Lo trabajado en esos subgrupos fue un insumo que el Área Programática para la atención en salud mental, utilizó para elaborar a fines de julio del 2015 el documento “Aportes para los contenidos de una ley de salud mental en Uruguay”. Ese documento base fue tratado en un grupo técnico político que elaboró el proyecto de ley que en diciembre de 2015 fue presentado por el Poder Ejecutivo al Parlamento (Antúnez, 2015).

Luego de pausas, avances y retrocesos, se crean las condiciones para producir un nuevo anteproyecto de ley en salud mental que refleje un proceso participativo. Convergen en dicho momento histórico la disposición política, un nivel organizativo formal posibilitado por los nuevos mecanismos impartidos por el SNIS y la disposición e interés de la población organizada y articulada para participar. (Vazquez, et al., 2002).

En el periodo de diciembre de 2015 a agosto de 2017 se trató a nivel parlamentario el proyecto de ley de salud mental. Siendo de mayo 2016 a junio de 2017 el periodo más intenso en cuanto al debate, ya que en dichos meses el Parlamento, en el

⁶ En representación de la sociedad civil: Asamblea Instituyente "Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna", Asociación Civil de Familiares, Grupo de La Esperanza, Asociación de Familiares, Nuestra Victoria, Federación de Familiares Caminantes, Grupo de Usuarios y Familiares "Asumir", Grupo de Usuarios y Familiares "y por qué no ...nuestro propio horizonte?", Movimiento La Salud Para Todos, Radio Vilardevoz. (Área Programática para la Atención en Salud Mental- MSP; Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay, 2015).

marco de la discusión del proyecto de ley, recibe delegaciones que tienen interés de ser escuchadas y participar en el proceso de su producción.

Desde la sociedad civil el actor con mayor protagonismo y visibilidad en el periodo de debate fue la Comisión por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos -CNLSM-. La misma fue compuesta por colectivos diversos: usuarios, familiares, sectores académicos, gremiales, que desde junio de 2016 hasta agosto de 2017 -momento que se aprueba la ley- unen sus esfuerzos para lograr una ley en salud mental que refleje un nuevo paradigma centrado en los Derechos Humanos. Su conformación se da exclusivamente en torno a la discusión parlamentaria del proyecto de ley de salud mental en nuestro país.

Dentro de la comisión se nuclearon -entre otros- la Asamblea Instituyente Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, Asociación de Usuarios de Montevideo e Interior, Grupo de apoyo a familiares y amigos de usuarios del Hospital Vilardebó, Grupo de la Esperanza, Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay, Radio Vilardevoz, Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay, Asociación de Docentes de Psicología de la Universidad de la República, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Facultad de Medicina, UdelaR, Facultad de Psicología (UdelaR), Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU), Comisión de Discapacidad PIT-CNT, Grupo de Salud Mental Comunitaria (UdelaR), Grupo Psicología Política Latinoamericana (UdelaR).

2.3 A fin de caracterizar la participación de los colectivos sociales en la discusión parlamentaria del proyecto de ley, se desarrollan tres aspectos que median su organización y articulación. Los colectivos viabilizan los discursos de usuarios y familiares para que su palabra sea revalorizada en el ámbito de la salud, incorporan al sector académico y apelan a que el Estado se guíe por el paradigma de Derechos Humanos ratificado por diferentes normativas nacionales.

En relación al primer aspecto, es útil retomar los aportes de Foucault (1999) quien en su análisis del orden del discurso identifica como procedimiento de exclusión del discurso a la separación entre lo que es considerado racional y lo que no, “razón y locura”. El discurso del “loco” ha circulado históricamente de forma diferencial en la sociedad, su palabra es considerada de utilidad porque ejerce la separación en el instante en que se manifiesta, pero no es considerada de importancia. El autor expone que la

exclusión del discurso del “loco” ha variado en la contemporaneidad pero mantiene el sentido de censura:

Basta con pensar en todo el armazón de saber, a través del cual desciframos esta palabra; basta con pensar en toda la red de instituciones que permite al que sea – medico, psicoanalista- escuchar esa palabra y que permite al mismo tiempo al paciente manifestar, o retener desesperadamente, sus pobres palabras (...) Y aun cuando el papel del médico no fuese sino el de escuchar una palabra al fin libre, la escucha se ejerce siempre manteniendo la censura. (Foucault, 1999, p.18)

En la actualidad a pesar del Estado de derecho existente, y la intención de generar nuevos abordajes en la salud mental, los usuarios continúan padeciendo ciertas censuras en sus discursos por parte de los profesionales. Aun cuando ese discurso está referido al estado de ánimo y las emociones, vinculadas directamente con su salud. Una usuaria así lo expresa:

“Les quiero contar que en el lapso de un mes que me dio la sociedad médica para mi internación en una clínica privada, tuve la atención de un médico psiquiatra, pero no me sentí representada ni protegida. Se me había dado por escribir todo lo que hacía, desde que me levantaba hasta que me acostaba, y en una de las sesiones en que me vino a ver la psiquiatra le comencé a leer como me había sentido en los días anteriores, si me había sentido angustiada, si me había sentido segura y me dijo: “¿qué me estás leyendo? Yo no vengo a escuchar lo que tú me lees; yo vengo a medicarte nada más.”. En ese momento tome la decisión de cambiar de psiquiatra y me sentí totalmente abandonada porque no veían como me sentía si me estaba recuperando o si estaba en una crisis mayor; solamente me medicaba. El psiquiatra te dice “buenas tardes ¿cómo estás?, ¿te receto los mismo remedio o te aumento? ¿Cómo te sentís?” eso no puede ser. Creo que es una falta de respeto a la persona enferma.⁷

Los usuarios reclaman que sus situaciones sean atendidas, que se les escuche y se les brinde desde el sistema de salud una atención adecuada, que respete sus Derechos

⁷ Usuaría, integrante de Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

Humanos. En tal sentido, la palabra de los usuarios cobra relevancia en los colectivos sociales, ya que es entendida como necesaria para poder conocer lo que sienten, cómo perciben y vivencian la atención en salud mental, e identificar aspectos a mejorar en pos de un abordaje que se centre en la persona, en su integralidad, no especialmente en su sintomatología.

Lo mismo acontece con la escucha de familiares, personas interesadas en las situaciones de salud y cuidado de sus parientes, que acompañan los procesos de atención en el sistema de salud, pero que también comparten espacios de cotidianidad con los usuarios. Vivencian su sufrimiento, su incertidumbre, los acompañan a transitar por las diferentes esferas de la vida social (trabajo, estudio, relaciones de amistad, sentimentales, etc.).

Los familiares acceden por el lugar que ocupan, a visualizar a los usuarios de salud mental, desde su integralidad como personas. No mantienen una perspectiva obturada por el déficit o lo anormal. En las exposiciones en el Parlamento el colectivo que apela mayoritariamente a este componente es Caminantes, quienes expresan:

“nosotros podemos dar y exponer mucho como familiares, porque si bien no tenemos un conocimiento académico en el tema, sí contamos con una experiencia válida, que es vivencial, y vemos a la salud mental desde el lado del sentido de bienestar. (...) es el camino que venimos transitando los familiares desde hace mucho tiempo en la búsqueda del bienestar y de facilitar la inclusión social de nuestros familiares.”⁸

Los familiares parten de una concepción de salud mental que privilegia el bienestar. Por su vínculo con el usuario, históricamente han accedido a visualizar lo complejo, dinámico y multidimensional que es la salud mental, pero sistemáticamente han recibido una respuesta institucional parcializada, enfocada en el déficit, que privilegia el aislamiento y el disociamiento del núcleo familiar. Eso se expone cuando relatan cómo vivieron la atención a sus familiares:

⁸ Familiar, integrante de la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

“durante muchos años naturalizamos (...) una visión meramente sanitarista y los médicos estaban formados en psiquiatría en tal sentido. Existía el diagnóstico, el tratamiento y no había más nada. Después venía el ocultamiento; muchas veces la vergüenza y a menudo el aislamiento inhumano en los asilos y en los manicomios (...)”⁹

Los familiares exponen también su percepción en cuanto a la censura de su palabra en el marco del sistema de salud. Sienten ser ignorados, poco escuchados, por no ser portadores de un conocimiento especializado en la materia. “Cuando pensamos en Caminantes (...) quisimos unir fuerzas y esfuerzos para una lucha que entendíamos, en aquel momento, bastante desigual. Las familias y las personas sufrientes de trastornos mentales severos nos sentíamos sumamente desprotegidas, aisladas y en soledad”¹⁰

Relatan cómo fue necesario comenzar a integrarse en diferentes ámbitos estatales como la CATP, la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, extender vínculos con el Programa Nacional de Discapacidad, con el Ministerio de Desarrollo Social, y el Banco de Previsión Social, a fin de involucrarse, conocer el sistema, y poder ejercer más presión para ser escuchados. Entienden que si bien no portan un conocimiento científico o técnico, a lo largo de los años han adquirido un conocimiento, producto de sus experiencias, que los habilita a hablar sobre la situación de la salud mental en nuestro país, y realizar aportes pertinentes y necesarios de ser trabajados en el marco del proyecto de ley.

“hoy frente a ustedes venimos a hablar con el conocimiento y la formación que años de estigmatización y de sufrimiento -tanto de nosotros como de nuestros familiares- nos ha dado. Somos actores en estos temas. El título y el derecho a reclamar en favor de nuestros familiares nos lo han dado años de lucha contra prácticas, regulaciones y protocolos. No hablamos como familiares de

⁹ Idem.

¹⁰Familiar, integrante de la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica Distribuido N° 817 5 de julio de 2016, Carpetas N° 426/2016. Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública.

locos, sino que venimos ante ustedes como ciudadanos que conocen el sistema, las instituciones, las prácticas sociales y profesionales.”¹¹

La participación de los familiares y en sentido amplio de los colectivos sociales, es una participación que pretende condensar un fuerte poder instituyente, y ganar espacio en la arena social y política de nuestro país para pronunciarse en materia de salud mental, e instalar en el corpus normativo uruguayo el nuevo paradigma y modelo de atención que desplazan el modo asilar y la hegemonía psiquiátrica.

Silva (2015) desarrolla un interesante análisis al respecto: usuarios, familiares, técnicos, población en general “han sido envueltos/as en el velo de la enfermedad mental” (p.28) debido al histórico proceso de socialización e influencia que la medicalización ha producido en el tejido social y las subjetividades. Lo que produce inconscientemente que en ocasiones se reproduzcan acríticamente las formas excluyentes que se intentan transformar. Aquí los procesos de desnaturalización y deconstrucción urgen para que las intenciones de una verdadera transformación no terminen perpetuando lo que denuncian.

El vínculo y la retroalimentación con la academia cobraría una relevancia trascendental en ese sentido, a través de la investigación y la producción de conocimiento, fortalecería el debate y la postura crítica, posibilitando espacios de deconstrucción de las históricas lógicas hegemónicas en el ámbito de la salud mental.

Del relevamiento realizado para la elaboración de este documento surge el hallazgo de que en la conformación de ciertos colectivos sociales el sector académico tiene gran preponderancia: la radio Vilardevoz es coordinada por psicólogos egresados, la Asamblea Instituyente nuclea colectivos universitarios, La CNLSM involucra a la facultad de psicología, la coordinadora de psicólogos, la asociación de docentes de psicología de la UDELAR y la asociación de Asistentes Sociales, entre otros. Aspecto que anticipa que los discursos de dichos colectivos en el Parlamento tenderán a involucrar y reflejar conceptos de las disciplinas psicológicas y sociales.

¹¹ Familiar, integrante de la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica Distribuido N° 817 5 de julio de 2016, Carpetas N° 426/2016. Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública.

Es pertinente distinguir que profesiones como la psicología y/o el trabajo social, mantienen intereses en relación a la ley, que traspasan los planteamientos que pueden tener usuarios y familiares, en referencia a la búsqueda de expansión del campo profesional. Sin embargo, se opta por tomar discursos profesionales de la psicología y el trabajo social, ya que se percibe su influencia en la posición de la mayoría de los colectivos sociales que participan en el debate parlamentario de la ley.

Interesa aquí explicitar el entendimiento de que los colectivos sociales son producto de la interacción de diferentes actores sociales que estratégicamente unen sus fuerzas. Tanto familiares, usuarios, y profesionales de la psicología y el trabajo social participan en el proceso de producción de la ley de salud mental con el objetivo de influir en la toma de decisiones, desde una lógica de Derechos Humanos y el entendimiento de la salud/enfermedad mental como un ámbito complejo. Sin embargo, aunque el planteamiento se presente como homogéneo, la posición en el ámbito de la salud mental de esos actores sociales es heterogénea.

En materia de Derechos Humanos la Declaración Universal de 1948 es un evento internacional que marca una perspectiva de Derechos que en los sucesivos años se expande por los diferentes países, en diferentes grados. A partir de allí se comienza a extender la idea de dignidad inherente a los seres humanos, que el Estado desde su poder público debe garantizar y promover.

En nuestro país se ratificó el Pacto internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y el Pacto internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales promulgados por las Naciones Unidas en 1966, mediante la ley 13.751 en el año 1969. Así, el Estado adquiere el compromiso de respetar y garantizar que todas las personas, sin distinción alguna, gocen del derecho a la vida, la libertad, el no sometimiento a torturas o tratos crueles degradantes e inhumanos, el derecho a trabajar, a la educación, a un buen estado de salud física y mental, a participar de la vida cultural de su país, a tener un nivel de vida adecuado y una mejora en sus condiciones de existencia, entre otros.

A lo largo del siglo XX se avanzó a nivel internacional con el desarrollo de los Derechos Humanos como mecanismos orientados a garantizar la protección generalizada de todos los seres humanos de los Estados involucrados. Posteriormente comienzan a emerger otros mecanismos orientados a garantizar los Derechos Humanos

de ciertas categorías específicas de poblaciones, como ser, mujeres, niños, trabajadores, discapacitados, etc.

Relacionado al ámbito de la salud mental en nuestro país, en 2008 se produce la ratificación, mediante la ley N° 18.418, de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas y en el año 2010 se promulga la ley N° 18.651, denominada Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad. Normativas que abordan las situaciones de discapacidad, y por tanto tienen incidencia en el área de la salud mental.

La ley N° 18.418 tiene como principio general el respeto a la dignidad, la autonomía, y la independencia de las personas, la no discriminación, el respeto a la diferencia como parte de la condición humana, la igualdad de oportunidades, y la participación e inclusión en la sociedad, de todas aquellas personas que vivan alguna situación de discapacidad, ya sea ésta de índole física o mental.

La ley N° 18.651 entiende persona con discapacidad a “(...) toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral” y pronuncia el imperativo de establecer en torno a ellas un sistema de protección integral que brinde atención médica, educación, “su rehabilitación física, psíquica, social, económica y profesional y su cobertura de seguridad social, así como otorgarles los beneficios, las prestaciones y estímulos que permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca (...)”. Determinando que para lograr la integración social se requiere su participación, la de su familia y la comunidad en su conjunto.

Progresivamente el país adquiere un marco normativo congruente a la perspectiva de los Derechos Humanos que brinda garantías a todas las personas del territorio nacional, sin distinción alguna, para que gocen de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Los colectivos sociales mantienen la intención de participar para que la nueva ley, que regula los abordajes en salud mental, este en concordancia con las normativas anteriormente promulgadas, en pos de generar una verdadera transformación en el abordaje de la salud mental, que brinde mayores grados de protección y bienestar a los involucrados.

Capítulo 3 Ejes presentados como problemáticos por los colectivos sociales en el debate por la nueva ley de salud mental

En el presente capítulo se toman fragmentos de las actas taquigráficas de la discusión en el Parlamento a fin de analizar el discurso de los colectivos sociales presentes en el debate del proyecto de ley de salud mental. Se identifican ejes problemáticos sobre los cuales los colectivos invitan a problematizar y repensar, en pos de una transformación del paradigma en la salud mental de nuestro país. Aspectos terminológicos, formas de trabajar, la institucionalidad generada, son asuntos que los colectivos entienden deben encontrarse en armonía y guiarse para hacer efectivos los Derechos Humanos.

La CNLSM plantea en relación al proyecto de ley que “(...) no fueron contemplados los aspectos fundamentales para la creación de una nueva ley sobre salud mental, con una perspectiva de derechos que signifique un cambio real de paradigma en el modelo de atención”¹². Mostrando el ánimo general de preocupación de los colectivos sociales que participaron en la órbita del MSP, por sentir que sus aportes no fueron incorporados al proyecto de ley.

La Asamblea Constituyente expone que en la participación en la órbita del MSP surgieron diferencias: “(...) ya que por un lado estábamos las organizaciones sociales y parte de la academia, como la Facultad de Psicología, y por el otro, los colectivos médicos.”¹³ Diferencias que no fueron resueltas y según se plantea, su perpetuación llevó a que “(...) la única perspectiva que se integró en el proyecto del Poder Ejecutivo fue la biológica médica, la que se reforzó en el Senado (...)”¹⁴.

Los colectivos sociales exponen que el proceso de trabajo en el MSP no está reflejado en el proyecto, destacando que sí se convocó a la sociedad civil, usuarios, familiares, la academia a dar su opinión y perspectiva sobre la temática, pero no se concretó una participación efectiva.

¹² Usuaría, integrante de la CNLSM. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

¹³ Profesional de la psicología, integrante de la Asamblea Constituyente. Extraído de versión taquigráfica N° 1010 de 2017, Carpetas Nos 1485 y 1351 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

¹⁴ Idem.

Apelan a la concepción de democracia y exigen que sus aportes sean tomados en cuenta, como el pueblo organizado demandan tener incidencia en las decisiones, y que no se tomen recomendaciones únicamente de la Facultad de Medicina y de la Sociedad de Psiquiatría, porque de esa manera se estaría dando participación únicamente a agrupaciones profesionales. Una integrante de la Asamblea Instituyente así lo expresa: “no sabemos cómo vamos a construir democracia si los problemas que plantean los movimientos sociales y los grupos civiles no cuajan en una propuesta concreta.”¹⁵

A continuación se categorizarán y desarrollarán los puntos críticos, que los colectivos sociales entendieron no fueron definidos acertadamente en el proyecto de ley desde una lógica de Derechos Humanos y en consonancia, se identifican los aportes que los diferentes colectivos realizan.

3.1 Uno de los puntos más problemáticos que plantean los colectivos sociales en lo referente al proyecto de ley, es la terminología que se utiliza para redactar el documento y la delimitación de la población a la cual abarca. Plantean que el término trastorno mental limita y reduce sustancialmente los alcances que la ley pudiera tener, limitándose a regular principalmente la atención de aquellos que históricamente se identificó desde el discurso psiquiátrico como portadores de trastornos y/o enfermedades mentales.

Afirman que la ley termina por perpetuar lógicas técnicas del ámbito de la psiquiatría que históricamente se hicieron presentes en el abordaje de los sufrimientos psíquicos desdibujando la intención de institucionalizar un cambio de paradigma en salud mental en el país. El argumento planteado refiere a que el uso del término trastorno mental es una cuestión que nace en el ámbito interno de la psiquiatría a fin de estructurar su trabajo, pero que analizado desde una realidad social compleja y dinámica resulta una visión parcializada y meramente técnica de la realidad.

Históricamente para realizar diagnósticos en salud mental los psiquiatras han optado entre el manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE), proveniente de la OMS, o el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM), proveniente de la American Psychiatric Association. En ambos se realiza una codificación de diferentes modos comportamentales y de pensamiento y se

¹⁵ Profesional de la psicología, integrante de la Asamblea Instituyente. Extraído de versión taquigráfica N° 1010 de 2017, Carpetas Nos 1485 y 1351 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

los clasifica en categorías nosológicas, lo que genera criterios para que los psiquiatras en la práctica clínica realicen un discernimiento entre lo normal y lo patológico. Es a partir de la versión III del manual DSM del año 1980 que emerge el concepto de trastorno mental.

Autores como Faraone (2013) exponen que la medicalización de asuntos sociales en el ámbito de la salud mental no resulta ser una novedad, pero que desde que se origina en el área psiquiátrica la noción de trastorno mental y su especificación en los nombrados manuales, los procesos de medicalización adquieren mayor relevancia.

El campo médico sanitario despliega sistemas de categorización para poder intervenir sobre aquello denominado como patológico/anormal, produciendo una perspectiva polarizada entre quienes gozan de salud y quiénes no. Lo problemático es que dicha forma de categorización meramente técnica se ha trasladado históricamente de forma acrítica al ámbito social, generando procesos de discriminación y estigmatización de todas aquellas personas categorizadas técnicamente por la psiquiatría como portadoras de trastornos mentales.

Como lo plantea Bourdieu (1985), las palabras y el lenguaje no son aspectos neutrales, sus usos generan efectos sociales. En el proceso de medicalización de la sociedad la profesión médica ha adquirido un estatus privilegiado, legitimado y reconocido por el Estado y la sociedad para intervenir hegemónicamente en el ámbito de la salud. Ello ha producido que los médicos históricamente se situaran en un lugar socialmente reconocido para producir infinidad de discursos, los cuales reproducen ciertas visiones y concepciones en el ámbito social. Los profesionales médicos son actores que tienen autoridad social y cultural, siendo su perspectiva y forma de apreciar la realidad, reconocida, aceptada e internalizada por la sociedad.

Por medio de su lenguaje, los médicos se constituyen en productores de la existencia, ya que producen constantemente representaciones colectivamente reconocidas de la misma (Bourdieu, 1985). La terminología técnica presente en los manuales psiquiátricos, reproduce el imaginario social de una persona que es portadora de determinado trastorno mental lo que la convierte en una persona diferente, anormal, que en los diferentes ámbitos de su existencia deberá lidiar con los aspectos negativos que tal categorización produce. Así se instala en la sociedad un paradigma patológico que pone acento en lo que le falta a la persona para ser normal, en el déficit.

Los colectivos insisten en que el uso médico del término retomado en el proyecto de ley, genera una perspectiva de anormalidad que se extiende a la representación social que la sociedad en general hace de la persona diagnosticada con algún sufrimiento psíquico. Socialmente se producen efectos discriminatorios y estigmatizadores que históricamente estuvieron presentes en el ámbito de la salud mental contrarios a la lógica de Derechos Humanos vigente en las normas internacionales ratificadas por el país.

“Dicha denominación atenta contra la perspectiva de Derechos Humanos que se quiere impulsar ubicando a los usuarios en el paradigma de lo patológico y acentuando aquello que le faltaría o sobraría a las personas para ser normales, lo que se opone a los fundamentos filosóficos presentes en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por Uruguay a través de la ley N° 18.418”¹⁶

Además de apelar a los efectos sociales del uso generalizado del término trastorno mental, los colectivos sociales desestiman su uso en el proyecto de ley argumentando que las nuevas concepciones en salud mental basadas en el entendimiento de la integralidad y multidimensionalidad, no se ajustan al término en cuestión, el cual se presenta como parcial y escueto. Se esboza un cuestionamiento a la propia coherencia interna del término:

“Desde el punto de vista técnico -que es por donde se está buscando una fundamentación- tiene grandes falacias. Se trata de una definición que, técnicamente, crea la idea de que hay un trastorno en términos individuales, cuando en realidad termina dando la definición de una disfuncionalidad, que necesariamente, es social. Por lo tanto, la definición presenta contradicciones en la interna.”¹⁷

Los colectivos proponen que se utilice el término: persona usuaria de servicios de atención en salud mental o usuarios de salud mental. Parten de una perspectiva

¹⁶Usuaría, integrante de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

¹⁷ Profesional de la psicología, integrante de la Asamblea Instituyente. Extraído de versión taquigráfica N° 1010 de 2017, Carpetas Nos 1485 y 1351 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

amplia de salud mental, la cual se dirige a todos los ciudadanos en cuanto posibles usuarios de los servicios.

“una ley de salud mental debe dirigirse a la población en general, y no particularizarse, como se hace desde el primer artículo del proyecto de ley, que dice: “particularmente de aquellas con trastorno mental”¹⁸

Su planteamiento opta por rechazar el término trastorno mental en el ámbito de la salud mental y privilegia la noción de padecimiento o sufrimiento psíquico como forma de evitar efectos sociales de estigmatización, discriminación y por medio del lenguaje, instituir la incipiente concepción de salud mental como un ámbito complejo, multidimensional y dinámico, que tiene como eje central a la persona que sufre.

Faraone (2013) entiende que el término sufrimiento psíquico da cuenta de una concepción no restringida de la salud mental. Posibilita vincular al tejido social y lo cultural con el sujeto, quien sufre y siente. Ello instituye la dimensión histórico social sobre el sufrimiento en el ámbito de la salud mental y evita la tipificación de vincular la salud mental a ciertas entidades patológicas predefinidas, como ser la enfermedad o el trastorno. La subjetividad se torna un aspecto privilegiado ya que el eje de análisis se deposita en comprender las nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer en una realidad social dinámica y compleja.

De esa forma, los colectivos sociales buscan lograr que su aporte sea tomado en cuenta para la redacción de la ley en salud mental, que los términos personas usuarias de salud mental, y el padecimiento psíquico se instituyan en el ámbito de la salud. Ello generaría una transformación discursiva, que tiene implicancias y efectos en la institucionalidad, en las prácticas que de ella se desprenden, y en el imaginario social que se crea en torno a la salud mental.

En la ley finalmente aprobada en el año 2017, el art.1 hace referencia a las personas usuarias de los servicios de salud mental, mientras que en el artículo siguiente, luego de definir a la salud mental como un estado producto de un proceso dinámico y multidimensional, se desarrolla una definición de lo que es el trastorno mental (Ley N° 19.529). La modificación inicial puede visualizarse como una forma de ampliar los

¹⁸ Usuaría, integrante de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

alcances de la ley, los parlamentarios adhieren al planteo de los colectivos sociales en ese sentido. Sin embargo, a partir de la lectura del art. 2 se observa que no se mantiene una coherencia en la totalidad del cuerpo normativo, allí se retoma el enfoque dicotómico salud/enfermedad reproduciendo la lógica categorizadora de la psiquiatría y reduciendo el alcance de la población objetivo.

3.2 Otro de los aspectos identificados como problemáticos en el debate por la nueva ley de salud mental, es el componente interdisciplinar desplegado en el proyecto. Si bien el mismo establece como necesaria y deseable la interdisciplinariedad en la atención de salud mental, los colectivos sociales participan exigiendo mayor precisión en la normativa y más garantías para que en la práctica se genere una verdadera conjunción de saberes en el ámbito de la salud mental.

Los colectivos sociales muestran preocupación de que se genere un consenso en la ley de la necesidad de un trabajo interdisciplinar pero que en los procesos reales de acercamiento a los problemas no se produzca. Quedando instalado únicamente el consenso a nivel discursivo. Existió históricamente en el ámbito de la salud mental un predominio de la psiquiatría en los abordajes, lo que en la actualidad puede traducirse en el desarrollo de relaciones jerárquicas entre los profesionales intervinientes, si no se generan a partir de la ley, transformaciones radicales y garantías en ese aspecto.

“A nuestro entender, la iniciativa todavía sigue privilegiadamente optando por el enfoque médico y sanitarista. Por ejemplo, en el artículo 24 del proyecto de ley se dice que la hospitalización requiere informe del equipo de salud y, a nuestro juicio, este debería estar integrado por gente del ámbito de salud. En función de ello, se estaría dejando al arbitrio del equipo de salud, con preeminencia del saber médico, las decisiones de la externación, internación o continuación de la internación.”¹⁹

Además, los colectivos sociales perciben una tendencia a la incoherencia y mantención de la lógica psiquiátrica como hegemónica en la redacción del proyecto de ley. Se estipula como deseable la interdisciplinariedad en la atención a usuarios de salud mental, pero al mismo tiempo en los articulados sobre las hospitalizaciones, se estipula una preponderancia de la profesión psiquiátrica:

¹⁹ Profesional del derecho, integrante de la Asamblea Constituyente. Extraído de Versión taquigráfica Distribuido N° 700 10 de mayo de 2016, Carpetas N° 426/2015 333/2015. Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública.

“nos preocupa especialmente la denominación de “salas de psiquiatría en hospitales generales”; esto nos suena muy fuerte, por ello pensamos que debería hacerse referencia a “unidades interdisciplinarias de salud mental””.²⁰

Los colectivos demandan coherencia en el contenido de la ley, que la nueva concepción en salud mental la transversalice armónicamente, que las lógicas psiquiátricas abandonen su status de superioridad en los abordajes de salud mental, para ser incorporadas en interrelación con otros saberes como los sociales o psicológicos. Ello daría cuenta de un verdadero cambio de paradigma en la salud mental. Se reclaman garantías para que la institucionalidad y las prácticas que de ella se desplieguen, traduzcan los cambios necesarios.

Se encuentra una discrepancia entre los planteos de la CNLSM, la Asamblea Instituyente, y la Radio Vilardevoz, con el colectivo Caminantes, respecto a la presencia o no de la interdisciplinaria en las hospitalizaciones. La mayoría de los colectivos exige que el trabajo interdisciplinario esté presente y sin excepciones en todo el proceso de atención como una forma de reconocer la integralidad de los pacientes e invitando a respetar la perspectiva de Derechos Humanos:

“En la fase de decisión sobre la hospitalización de una persona, que comprende el comienzo del proceso de atención, solamente participa la medicina, sea esta de carácter voluntario, para la que bastaría “con la firma de un profesional médico” –art.27- o con carácter involuntario –art.31- con la firma de “dos profesionales médicos. En el proceso del alta y del permiso de salida, que también forman parte del proceso de atención, quienes lo llevan a cabo son profesionales de la medicina, son facultad del médico tratante.”²¹

Mientras que Caminantes en situaciones de hospitalización involuntaria expresa estar de acuerdo con que solo intervengan, en primera instancia, únicamente profesionales médicos.

“Estamos de acuerdo con que en casos de crisis intervengan dos profesionales en el dictamen (...). Hemos escuchado otras opiniones en el sentido de que debería actuar un equipo interdisciplinario, pero en un caso de

²⁰ Usuaría, integrante de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

²¹ Ídem.

crisis nosotros, los familiares, preferimos que se opte por un procedimiento rápido (...).”²²

Como se desarrolló anteriormente, Caminantes fue el colectivo que más apeló a la experiencia vivencial en los argumentos presentados en el debate: ellos como familiares que vivencian y deben responder en primera instancia en situaciones de crisis en el ámbito doméstico, optan por una intervención rápida que requiera únicamente de la mediación de los médicos. Ello implicaría una resolución apropiada para urgencias en las cuales resulta difícil la contención en el ámbito familiar.

Por otro lado, colectivos conformados más notoriamente por sectores académicos de formación en psicología o trabajo social mantienen exigencias de interdisciplinariedad en todo el proceso de atención sin excepciones. De tal forma, los saberes psicológicos y sociales tendrían mayor incidencia en todas las etapas de intervención en salud mental. Tales colectivos perciben que la presencia de dichos profesionales podría significar un aporte y además, se presentarían como una garantía para el respeto de los Derechos Humanos en el proceso.

Se visualiza en tal diferencia que los planteos de los colectivos sociales no tienden en todos sus aspectos a ser homogéneos, los colectivos según su conformación, mantienen intereses y necesidades diferentes por los cuales se expresan en el proyecto de ley.

Los aportes que realizan los colectivos se dirigen principalmente a producir especificaciones y garantías en la ley, estiman necesario que se defina la integración mínima que debe tener un equipo interdisciplinario:

“Nosotros agregamos cómo tiene que ser el equipo básico especializado en salud mental. (...) eso no quita que después, dependiendo del nivel de atención o de la situación, se vayan agregando otros. Sin estas disciplinas no podemos hablar de un equipo. Se puede decir que hay un equipo, pero en realidad solo se cuenta con un médico y una enfermera. En realidad, para que realmente quede estipulada esta obligatoriedad consideramos que el equipo

²²Familiar, integrante de la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

interdisciplinario básico especializado en salud mental se integrará con áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería (...).”²³

La nueva definición de la salud mental como un situación de bienestar que tiene múltiples dimensiones y refiere al individuo y su aspecto relacional, complejiza la perspectiva. Las situaciones de salud mental ya no pueden ser atendidas por una única disciplina, porque ello significaría realizar un recorte parcial de la realidad, y no brindaría soluciones acordes para atender asuntos de salud mental que signifiquen bienestar de los usuarios. Así lo expresa Galende (2015)

El objeto empírico, el individuo con su sufrimiento, es siempre sujeto de un lugar físico y de una sociedad determinada, de una época y una cultura, las cuales modelan su subjetividad, su relación con los otros y, por lo mismo, su sufrimiento. ¿Puede existir un sufrimiento mental que no esté en relación con el otro, esto es, con la vida en común?. (p.63)

El sufrimiento mental se manifiesta en un individuo que se ubica en cierto lugar de la estructura social, que participa de la vida social, que es moldeado y permeado por una cultura, aspectos que generan múltiples y diversas determinaciones en su forma de ser, de vivir, de relacionarse con otros, de sentir, de sufrir. No es posible intervenir en nombre de la salud mental de un usuario concreto sin tener en consideración esos aspectos, que son simultáneamente objetivos y subjetivos, que remiten a lo estructural, lo social y lo relacional. Siguiendo a Stolkiner (1987):

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (párr.7)

Gribov (2017) explica cómo la práctica interdisciplinar requiere de una disponibilidad interna de los profesionales hacia el desafío, hacia lo complejo, a la aceptación de la parcialidad de su conocimiento sobre el mundo. Aspecto que depende

²³Profesional de la psicología, integrante del Colectivo Vilardevoz. Extraído de versión taquigráfica Distribuido N° 757 7 de junio de 2016, Carpetas N° 426/2015. Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública.

de factores externos, como ser la estructuración particular en relación a la formación en cada disciplina.

En tal sentido, los colectivos se refieren a la formación de los recursos humanos:

“En el ante proyecto, los señores senadores podrán observar referencias en cuanto a la formación de los recursos humanos, a la capacitación y a una reorganización pero se encuentran sueltos, en diferentes lugares, señalando nada más que dos o tres aspectos. A nuestro entender ello debe figurar en un mismo capítulo y hacer mucho hincapié en la capacitación, y que los prestadores de servicios de salud estén obligados a capacitar a sus recursos humanos (...)”²⁴

Para lograr un verdadero cambio de paradigma en la salud mental en el Uruguay, los colectivos sociales perciben que se deben generar transformaciones profundas, que habiliten a los recursos humanos que se desempeñan en dicho ámbito a cambiar sus concepciones sobre los usuarios de los servicios, se requiere que el posicionamiento complejo invada el trabajo, que se enseñe la importancia del enriquecimiento de un abordaje interdisciplinario, y la limitación de lo monodisciplinario a fin de que se incorpore ese planteo, y exista una real disponibilidad hacia el diálogo con otros saberes.

En el desarrollo de estos aspectos se visualiza en la totalidad de las exposiciones, la participación de colectivos sociales conformados por psicólogos y trabajadores sociales, no existiendo en agrupaciones compuestas mayoritariamente por familiares, como ser Caminantes, un interés tan acentuado de referirse a las especificidades y garantías de un verdadero trabajo interdisciplinar.

En la ley aprobada en el año 2017 se mantiene como principio rector la atención interdisciplinar en los abordajes que se realicen de salud mental. Especificándose más adelante que es requerida en todos los niveles de atención, nombrando a “profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia” pero sin especificar, como lo pedían los colectivos sociales, las disciplinas involucradas en la atención.

Además, en casos de hospitalizaciones voluntarias o involuntarias se mantuvo como requisito la firma de un médico o de dos médicos respectivamente, sin conceder

²⁴ Idem.

un trabajo interdisciplinario en dichas instancias. Por otro lado, la referencia a la formación y capacitación de los recursos humanos se incorpora en la ley pero se mantiene estructurada principalmente en el art.9 y el art.20, es decir en forma dispersa, sin formar un capítulo unitario como así lo planteaban los colectivos sociales.

3.3 La terminología utilizada para definir la población objetivo de la ley se convierte en un eje problemático y disputado, porque, además de constituirse en un aspecto simbólico y discursivo, tiene incidencia en el tipo de abordajes y la institucionalidad que se organiza en torno a la salud mental. La problemática planteada por los colectivos sociales en torno al uso del término trastorno mental en la ley, hace referencia también a una intención de ruptura y superación de antiguos abordajes e institucionalidad desplegada históricamente en ese ámbito. De allí parten otros de los ejes presentados como problemáticos por los colectivos sociales en el debate parlamentario del proyecto de ley de salud mental.

Los colectivos sociales participan exigiendo arduamente que en el proyecto de ley se establezca una fecha definitiva de cierre de las instituciones asilares y monovalentes en el país. El eje problemático no refiere al cierre en sí mismo ya que existe cierto consenso entre los diferentes actores sobre lo necesario que es superar esa institucionalidad. Los colectivos visualizan necesario que se establezca una fecha límite a fin de impulsar verdaderamente la intención y organizar a los actores involucrados para que eso acontezca.

Dichas instituciones, desde la perspectiva de los colectivos, resultan incompatibles con el nuevo modelo de abordaje en salud mental ya que reproducen la atención desde una lógica únicamente biológica, donde el saber psiquiátrico prima, sin reconocer la riqueza del trabajo comunitario e interdisciplinar. Además, tienen ciertos efectos sobre los internados que son nocivos para su posterior reintegro a la sociedad.

Como lo sostiene Goffman (1984) los internos llegan a las instituciones con una cultura de presentación hábitos, rutinas, la forma de vivir que desarrollaban en la sociedad civil antes de su ingreso, que los provee de una imagen de sí, la cual utilizan para auto percibirse, presentarse ante otros, y desarrollarse a nivel social. Pero a partir de su ingreso en la institución experimentan un proceso sucesivo de “mutilaciones del yo” en términos de Goffman (1984). Ello se une a un extrañamiento del exterior, producto del aislamiento generalizado, que si la estadía es prolongada, produce

“descoltración”, es decir un extrañamiento y desentrenamiento para afrontar la vida diaria en el exterior Goffman (1984). La influencia de la institución total en el interno produce efectos psicológicos y sociales negativos.

Aspectos importantes de trabajar al momento de una transición y un reintegro a la sociedad de todas aquellas personas internadas en las instituciones asilares y monovalentes de nuestro país. Por parte de los colectivos sociales hay preocupación de que se genere una desinstitucionalización forzosa de las poblaciones que desde hace años se encuentran en los establecimientos. Eso lejos de ser una solución extremaría la vulnerabilidad social de los internados y complejizaría el encuentro de alternativas para su bienestar, ya que, los procesos de “mutilación del yo” y “descoltración” provocarían un sentimiento de desamparo y desprotección de los involucrados en el mundo social.

Por tanto, los colectivos solicitan que se pauten una fecha límite, para que a diferentes niveles se establezcan las pautas y se organicen los dispositivos que en la comunidad recibirán y trabajarán con las poblaciones.

Simultáneamente, el argumento que se expone para establecer una fecha límite refiere a que en nuestro país hace más de treinta años que se mantiene la intención de cerrar las instituciones asilares y monovalentes, ya en el PNSM de 1986 se esbozaba la iniciativa, pero se han mostrado pocos avances en ese sentido. Además apelan a los compromisos internacionales que se adquirieron a partir de adherir al consenso de Panamá en 2010, el cual establecía como fecha límite el 2020 para el cierre de instituciones asilares y monovalentes.

La producción de la ley es una oportunidad en cuanto a generar el compromiso a nivel país y la cooperación de los involucrados en el asunto, para que la transformación institucional se produzca de forma organizada. Los colectivos buscan velar por que dicho proceso sea un cambio sustancial en la atención a la salud mental en el país, pero que, además, signifique una mejoría de la calidad de vida y el bienestar de los internados.

En la ley finalmente aprobada se estableció una fecha límite de cierre para las instituciones asilares y monovalentes que data en 2025, y se estipuló que el cronograma de cierre se formaría cuando se reglamentara la misma. (Ley 19.529, Art.38)

3.4 Otro aspecto problemático en el debate parlamentario del proyecto de ley, también relacionado a la institucionalidad que se constituiría en torno a los abordajes, refiere a la conformación de un órgano de contralor, que funcione como regulador de la atención en salud mental, principalmente de aquellos usuarios con más vulnerabilidad y garantice el respeto por los Derechos Humanos en el proceso.

En el proyecto de ley se estableció que el órgano estuviera bajo la órbita del MSP, sin embargo, los colectivos sociales indican que eso no es lo más adecuado, porque no da garantías suficientes para que trabaje de forma independiente y autónoma como debería ser.

“Consideramos que su ubicación en el MSP acarrea un conflicto de interés bioético. ¿Por qué? Porque esta cartera no puede ser juez y parte en una misma causa, no puede gestionar ni planificar políticas públicas, y después, evaluarlas para ver si están correctas.”²⁵

La conformación del órgano de contralor fue el tema más repetido en las exposiciones de los colectivos en el Parlamento. Se percibe como polémico que el propio MSP sea el que supervisa las mismas políticas en salud que él lleva a cabo. Además los colectivos perciben un riesgo, por cómo se plantea en el proyecto de ley, que el órgano, que debería tener un lugar destacado en la nueva institucionalidad, termine por no cumplir con las funciones que en la ley se le atribuyen.

“Nosotros pensamos que con la fórmula que se plantea en el proyecto de ley va a ser una comisión más, que no va a tener ningún efecto en el contralor de la gestión de las políticas en materia de salud mental.”²⁶

Los colectivos no visualizan como excluyente que el MSP tenga una comisión de contralor de sus propias políticas, y que exista un órgano de contralor independiente, ya que se otorgaría así mayores garantías. Además proponen alternativas, como ser que el órgano esté bajo la órbita del Instituto Nacional de Derechos Humanos, o a nivel parlamentario en el Poder Legislativo. Por otro lado, proponen una integración variada del mismo:

²⁵ Profesional del derecho, integrante de la Asamblea Constituyente. Extraído de Versión taquigráfica Distribuido N° 700 10 de mayo de 2016, Carpetas N° 426/2015 333/2015. Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública.

²⁶ Integrante de la Asamblea Constituyente. Extraído de Versión taquigráfica Distribuido N° 700 10 de mayo de 2016, Carpetas N° 426/2015 333/2015. Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública.

“(…) asimismo proponemos una integración, digamos, diversa en la que se incluyan diferentes disciplinas y actores involucrados en el área de la salud mental, con participación de trabajadores, de organizaciones sociales, usuarios y familiares. Entendemos que esto debe funcionar de la forma más independiente posible y, repito, haciendo ese ejercicio de controlar que se cumpla la ley, que existan prácticas que no violen los derechos humanos.”²⁷

El debate del proyecto de ley se extendió dos años, y es posible en ese transcurso de tiempo identificar un cambio de postura del colectivo Caminantes en relación al órgano de contralor. El colectivo declara percibir como una situación ideal y deseable que el órgano sea independiente e imparcial, pero ceden ante su formulación en pos de avanzar hacia la promulgación de la ley.

“Respecto a la creación de la comisión nacional de contralor de la atención en salud mental, establecida en el artículo 39, que sustituiría a la actual inspección general de psicópatas, opinamos que debería ser un organismo independiente e imparcial, pero en aras de una pronta aprobación del proyecto y respetando los consensos obtenidos sobre el resto del articulado, aceptamos su actual formulación.”²⁸

Como familiares se sienten involucrados en mayores grados que otros actores en el transcurso de la ley, ya que su demora o no aprobación incide directamente y de múltiples maneras en su cotidianeidad. Se muestran preocupados por el futuro de sus familiares, quienes eventualmente deberán enfrentar el devenir de la vida sin su presencia: “hoy estamos nosotros, pero no sabemos qué va a ocurrir mañana.”²⁹

Declaran no pretender una ley perfecta, sino que apelan a su pronta aprobación, ya que es una oportunidad para que las personas con padecimientos psíquicos puedan tener una vida digna y el máximo grado de autonomía posible. En tal sentido, es posible percibir como nuevamente Caminantes inclina su planteo desde la perspectiva del

²⁷ Profesional de la psicología, integrante del Colectivo Vilardevoz. Extraído de versión taquigráfica Distribuido N° 757 7 de junio de 2016, Carpetas N° 426/2015. Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública.

²⁸ Familiar, integrante de la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

²⁹ Ídem.

usuario y la familia. Exponen el sufrimiento que vive el entorno social cercano y las personas que experimentan un sufrimiento mental, a modo de reclamar como necesaria y urgente una nueva ley en salud mental. “Nuestro mayor temor es que se retrase o no resulte aprobado el proyecto de ley por obtener algo absolutamente perfecto y conforme cien por ciento a todos los interesados”³⁰.

A pesar del cambio de postura de Caminantes por el transcurso del debate, los colectivos sociales participan exigiendo que se conforme un órgano de contralor independiente del MSP. La intención de los colectivos es lograr un órgano que desarrolle sus funciones de contralor fuera del ámbito del rector en salud para lograr la autonomía necesaria para regular adecuadamente la atención de la salud mental. Además la conformación variada de actores posibilitaría una mayor garantía de control y supervisión.

La comisión sule a la antigua figura de Inspector General de Psicópatas determinada en la ley 9.581, en ella la supervisión y control de los abordajes estaba a cargo únicamente de una persona, director de los establecimientos de Alienados, por tanto profesional de la psiquiatría. En el objetivo de lograr la mayor independencia de la institucionalidad médica e integrar múltiples miradas, se encuentra la intención de los colectivos de sesgar esa autonomía y autorregulación de la profesión médica otorgada en la antigua ley.

La psiquiatría históricamente ha desarrollado su labor sobre el ámbito de la salud mental proclamando que su trabajo responde a una complejidad y científicidad tal que provoca una dificultad para que personas externas al ámbito puedan evaluar las decisiones. Este aspecto en la actualidad es cuestionado, ya que los colectivos sociales participan exigiendo reconocer lo necesario de involucrar otros saberes y perspectivas en la regulación de los abordajes ubicándose en el paradigma del respeto a los Derechos Humanos.

³⁰ Integrante de la Federación de Organizaciones de Familiares por la Salud Mental. Extraído de versión taquigráfica N° 957 de 2017, Carpeta N° 1485 de 2016. Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

En la ley finalmente aprobada el órgano de contralor se mantuvo bajo la órbita del MSP, sin embargo se amplió su integración manteniendo los miembros indicados inicialmente y agregando un representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental y un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y Derechos Humanos (Ley 19.529, Art.41). Además, no se concedió el pedido del cuerpo de psiquiatras de que se incorporara a un psiquiatra de adultos y uno de niños/as. Por otro lado, se agregó un nuevo artículo que reconoce a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, como un actor clave en el proceso de defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la ley (Ley 19.529, Art.46).

Reflexiones finales

A modo de reflexiones finales, es posible determinar que en la discusión parlamentaria del proyecto de ley, la participación de los colectivos sociales se enfoca principalmente a problematizar aspectos relacionados al abordaje y tratamiento de sufrimientos mentales graves y persistentes. Allí se encuentran en discusión y tensión, antiguas y nuevas concepciones, abordajes, institucionalidades e imaginarios sociales.

Dicha discusión se mantiene desde la segunda mitad del siglo XX a la interna del ámbito médico y el involucramiento de la sociedad civil, la ha logrado convertir, con el transcurso de los años, en un asunto público. En tal sentido, diferentes colectivos sociales se articulan y organizan en pos de exponer necesidades e intereses que mantienen en relación a la salud mental. La máxima expresión del trabajo conjunto de la sociedad es la conformación de la CNLSM, generada a efectos del debate en el Parlamento, para propiciar un impacto social y político más amplio y mayores niveles de presión por la unificación de demandas.

La participación de los colectivos en el Parlamento significó una acción sociopolítica de valorización de discursos de usuarios y familiares, quienes expresaron sentirse sistemáticamente censurados en cuanto a los asuntos de salud mental que los involucran. Usuarios dan testimonio de atenciones profesionales de la psiquiatría que se limitan a recetar medicamentos para apaciguar sintomatología, pero que no se interesan por escuchar su subjetividad y padecimiento. Familiares dan testimonio de recibir respuestas institucionales fragmentarias desde el ámbito de la salud, poco o nulamente resolutivas en generar mayores niveles de bienestar y autonomía de los usuarios. Dichos planteos se presentan como legítimos por ser personas directamente involucradas en tal realidad.

Además, la integración del sector académico en los colectivos favorece la expansión de la legitimidad de los planteos y exposiciones, otorgando mayores grados de articulación de saberes. Como se expuso, eso implicó una heterogeneidad en la posición de los actores sociales respecto al ámbito de la salud mental, que en un análisis de la participación no puede ser desconocido.

No puede desconocerse que desde el sector académico, los saberes psicológicos y sociales buscan legitimarse en el ámbito de la salud mental y generar expansión del campo profesional sobre espacios de actuación históricamente dominados por la psiquiatría.

Colectivos sociales que involucran a actores profesionales de la psicología y el trabajo social tendieron a argumentar sus planteos mayoritariamente desde la base de saberes psicológicos y sociales. Mientras que colectivos con una conformación más homogénea de actores y sin una articulación más estrecha al ámbito académico, como Caminantes, apostaron a exponer sus planteos desde su vida cotidiana y experiencia sobre los abordajes.

Organizaciones sociales de usuarios y familiares, interactúan estratégicamente con el sector académico y desarrollan un proceso participativo que persigue el fin de incidir en la toma de decisiones. Eso necesariamente implicó que la histórica hegemonía médica en la determinación de las políticas en ese sector se viera cuestionada, y que se incorporaran otras lógicas. Situación no exenta de dificultades para los colectivos sociales.

Los puntos problemáticos que establecen los colectivos se conectan y remiten, en esencia, a la acepción de enfermedad mental que se esboza en la normativa. Visualizan que en el cuerpo del documento convive la aceptación de la enfermedad mental como parte de procesos sociales, históricos, y culturales, con elementos dispersos que generan una prevalencia de la enfermedad mental entendida como un objeto exclusivo de la psiquiatría y por tanto de orden biológico.

El uso del término trastorno mental, la recurrencia a nombrar a la psiquiatría en solitario, y no a los equipos de salud mental, la potestad exclusiva dada a la medicina de determinar internaciones voluntarias o involuntarias y/o los permisos de altas, son ejemplos que los colectivos toman para denunciar poca armonía en el contenido de la normativa.

Los colectivos sociales también intensifican su participación en relación al órgano de contralor. Hay un interés marcado de que el mismo no sea dependiente del MSP a fin de que se garantice un funcionamiento autónomo. Los colectivos demandan que una vasta variedad de actores realicen las tareas de contralor, en cuanto el

compromiso con los Derechos Humanos y el bienestar de las personas no son funciones posibles de ser restringidas a una sola disciplina o sector.

En el proyecto de ley se involucran decisiones políticas que generan efectos prácticos en el ámbito de la salud mental, los cuales terminarán repercutiendo de diversas formas en la cotidianeidad de las personas que viven padecimientos psíquicos y sus entornos. Por el carácter político que involucra a la discusión, los colectivos reclaman que sus planteos sean incorporados en el documento normativo.

En tal sentido, en el articulado de la ley aprobada se encuentran, en forma dispersa, ciertos aportes y demandas que los colectivos sociales realizaron. Mediante la participación social organizada, los grupos implicados lograron impartir modificaciones al proyecto de ley, las cuales significan un avance hacia un nuevo paradigma en salud mental. Sin embargo, sería inexacto concluir que la ley es un reflejo de un cambio radical de la atención en salud mental en nuestro país.

En la discusión parlamentaria se materializó el proceso de transición que el Uruguay ha venido experimentando en relación a la salud mental. Como toda transición, existen y se perpetúan luchas de poder, disensos y resistencias.

Referencias bibliográficas

- Alvaro, J. (1992) Salud Mental en Roman Reyes. Diccionario crítico de ciencias sociales. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: http://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm Fecha de acceso: 10/02/2021
- Amarante, P. (2009) Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topia.
- Amico, L. (2005) La institucionalización de la locura: la intervención del trabajo social en alternativas de atención. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Antúnez, C. (2015) Anteproyecto de Ley de Salud Mental ingresó al Parlamento. En Revista CPU n°274, Montevideo, Setiembre 2015. pp.10-18.
- Antaki, C. y Iñiguez, L. (1994) El análisis del discurso en psicología social. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275153654_El_analisis_del_discurso_en_Psicologia_social Fecha de acceso: 10/02/2021
- Anzalone, P. (2018) Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. Tesis de maestría en sociología. Universidad de la República (Uruguay) Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología
- Arduino, M Y Gines, A. (s/f) Cien años de la colonia Etchepare. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EZb7AEzpw8EJ:www.universidad.edu.uy/renderResource/index/resourceId/24056+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy> Fecha de acceso: 3/09/2020
- Barrán, J, P. (1992) Cura y violencia. El manicomio y la razón médica en el Novecientos. En Gaceta Universitaria, vol 6 n°1 c.1
- Barrán, J, P. (1995) Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos: la invención del cuerpo. v. 3. Montevideo: Banda Oriental.
- Bentura, C y Mijtavila, M. (2012) Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. 13 Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, Trabalhos Completos, 1, 1-9. Disponible

en:http://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivospsicomociales.pdf Fecha de acceso: 3/09/2020

Bronfman, M y Gleizer, M. (1994) Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1), 111-122. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100012> Fecha de acceso: 20/08/2020

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

De León, N (coord.). (2013) Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental. Udelar. CSIC.

Faraone, S. (2013) Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. En *Revista Salud Mental y Comunidad* N°3, pp.29-40. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf> Fecha de acceso: 15/01/2021

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

Foucault, M. (1990) La locura y la sociedad. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales*, vol. 3. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1999). *El orden del discurso*. Barcelona: Fábula Tusquets.

Freidson, E. (1978) *La profesión medica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.

Galende, E. y Kraut, A. (2006) *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. 1 ed buenos aires: Lugar Editorial.

Galende, E. (2015) *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Goffman, E. (1984) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores

Gribov, D. (2017) ¿Es posible una práctica interdisciplinaria? En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Editorial.

Martín, J; Ovejero, A. (2009) Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. Revista de historia de la psicología. Universidad de València. Volumen 30. N° 2-3. p. 293-299.

Menéndez, E. (1994) Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado, En Cuadernos Medico Sociales” N° 73. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario. Disponible en: <http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Modelo%20Participativo/Menendez-Participacion-social-en-salud.pdf> Fecha de acceso: 10/02/2021

Mitjavila, M. (1992) Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización. En Cuadernos del CLAEH n°62. Montevideo: Revista de Ciencias Sociales Vol. 17 c.2

Mitjavila, M. (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. En Documentos de trabajo n°33. Montevideo: Departamento de Sociología

Morás, L. (2000) De la tierra purpúrea al laboratorio social: reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917). Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.

Ortega, E. (2008) El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Trilce. Montevideo. Capítulo I: Los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya durante la primera mitad del siglo XX.

Romano, S, Novoa, G, Gopar, M, Cocco, A, De León, B, Ureta, C, Frontera, G. (2007) El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Rev Psiquiatr Urug; 71(2) p.135-152.

Silva, C (2015) Entre la apariencia de discursos coincidentes y la esencia de contenidos irreconocibles. En Revista CPU n°274, Montevideo. pp.27-33.

Stolkiner, A. (1987) de interdisciplinas e indisciplinas. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf Fecha de acceso: 12/02/2021

Techera, A, Apud, I, y Borges, C. (2009) La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo, Uruguay: CSIC-UdelaR.

Vázquez, M. L, Siqueira, E, Kruze, I, Silva, A. Da, y Leite, I. C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria, 16(1), 30-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es&tlng=es Fecha de acceso: 20/10/2020

Leyes

Ley N° 9.581 Psicópatas. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 1936.

Ley N° 11.139 Patronato del psicópata. Creación. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Montevideo, 16 de noviembre de 1948.

Ley 13.751 Derechos Humanos. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 11 de julio de 1969.

Ley N° 18.418 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 20 de noviembre de 2008.

Ley N° 18.651 Protección integral de personas con discapacidad. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 9 de marzo de 2010.

Ley N° 19.529 Salud Mental. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 2017.

Fuentes documentales

Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986. Organización Panamericana de la Salud Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf> Fecha de acceso: 2/06/2020

Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Ministerio de Salud Pública. (s/f). Disponible en: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wpcontent/uploads/2014/08/Construccion-Sistema-Integrado-Salud-2005-2009-Uruguay.pdf> Fecha de acceso: 2/06/2020

Decreto N° 237/011, Integración y cometidos de los Consejos Asesores Honorarios departamentales de la Junta Nacional de Salud, 2011. IMPO. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/237-2011> Fecha de acceso: 2/06/2020

Declaración de Caracas, 1990. OMS Y OPS. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf Fecha de acceso: 2/06/2020

Declaración de Alma Ata, 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> Fecha de acceso: 11/06/2020

Organización Mundial de la Salud, (2013) Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, Suiza. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D7523F31A6B4D13D5D09168A4BCBB2F5?sequence=1 Fecha de acceso: 11/06/2020

Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, 2011. Ministerio de Salud Pública, Dpto. De programación estratégica en salud. Disponible en: https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf Fecha de acceso: 8/06/2020

Plan Nacional de Salud Mental, 1986. Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf> Fecha de acceso: 1/06/2020

Parlamento del Uruguay

Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública. Versión Taquigráfica Distribuido N° 700 10 de mayo de 2016, Carpetas N° 426/2015 333/2015.

Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública. Versión Taquigráfica Distribuido N° 757 7 de junio de 2016, Carpetas N° 426/2015.

Poder Legislativo, Cámara de Senadores: Comisión de Salud Pública. Versión Taquigráfica Distribuido N° 817 5 de julio de 2016, Carpetas N° 426/2016.

Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia social. Versión Taquigráfica N° 957 de 2017 Carpeta N° 1485 de 2016.

Poder Legislativo, Cámara de Representantes: Comisión de Salud Pública y Asistencia social. Versión Taquigráfica N° 1010 de 2017, Carpetas Nos 1485 y 1351 de 2016.