



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**Universidad de la República  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Trabajo Social**

**Monografía Licenciatura en Trabajo Social**

# **Los derechos en juego: aportes al debate de la internación compulsiva en Uruguay**

**Florencia Ramón Pereira**

Tutora: Celmira Bentura

# Índice

Introducción.....	3
Aspectos metodológicos .....	4
Capítulo I: Situación de calle, sinhogarismo, sin techo, vagabundeo: primer acercamiento a una definición.....	5
Algunos abordajes de la situación de calle en la historia.....	7
Uruguay: primeros abordajes del MIDES, datos competentes y el programa PASC.....	9
Capítulo II: Salud Mental: definiciones y abordajes históricos occidentales.....	17
Atención de la Salud Mental en Uruguay: algunas notas históricas.....	20
Capítulo III: Dos caras de una misma moneda: la peligrosidad y el estigma.....	23
Peligrosidad: conceptualización y criminalización de la pobreza extrema.....	23
Estigma: conceptualización y su vinculación con la peligrosidad.....	29
Capítulo IV: Entre políticas sociales y leyes: la respuesta a la problemática estructural – la respuesta emergente.....	33
Capítulo V: Trabajo Social: nuestras intervenciones.....	40
Reflexiones finales.....	46
Bibliografía.....	47

## Introducción

La presente monografía de grado se encuentra en el marco de la Licenciatura de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Pretendo a continuación realizar un análisis bibliográfico y de fuentes que contribuyan al debate de la Internación Compulsiva. En ese sentido y en última instancia comentaré las implicaciones del Trabajo Social como profesión en esta acción.

Para ello, en una primera instancia definiré y abordaré su historicismo brevemente de lo que es la Situación de Calle y la Salud Mental. Por consiguiente, analizaré estos dos conceptos en conjunto, teniendo como eje central los conceptos de peligrosidad y estigma. En ese sentido pasaré concretamente a lo que refiere a las leyes uruguayas (Ley 19.529 y Ley 18.787) y al proyecto de ley presentado el 17 de febrero del 2022 de Internación compulsiva. Por último, reflexionaré sobre el rol del Trabajo Social, en su accionar y la posición política. El interés deviene luego de haber cursado el Proyecto Integral “Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional”, las prácticas pre-profesionales se desarrollaron en el Centro Diurno de Rehabilitación Psico-social Sayago, que pertenece a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Además de ello, la experiencia profesional como técnica social del Equipo Calle en el año 2021-2022, teniendo la oportunidad precisamente de trabajar y acompañar en los procesos a personas en situación de calle.

Estas dos experiencias, dio como resultado la preocupación e interés por el tema tratado en esta monografía dado los debates que empapan a las dos leyes, la 19.529 con relativos avances y el reciente proyecto de ley que cambia la ley 18.787 de único artículo.

## **Aspectos metodológicos**

### **Presentación del objeto de estudio:**

- Realizar un análisis de fuentes documentales, así como también una revisión bibliográfica, con el objetivo de contribuir al debate sobre la Ley de Internación compulsiva 18.787 y su proyecto de modificación presentado el 17 de febrero del 2022 en función de la Ley de Salud Mental 19.529 y el rol del Trabajo Social.

### **Objetivo general:**

- Contribuir al debate de la internación compulsiva de las personas en situación de calle, desde el Trabajo Social a partir de la Ley 18.787 y la Ley 19.529, considerando el proyecto de modificación de la Ley 18.787 presentado el 17 de febrero del 2022.

### **Objetivos específicos:**

- Visibilizar los conceptos que se enmarcan sobre estas dos leyes mencionadas.
- Describir las funciones del Trabajo Social en la internación compulsiva.

## Capítulo I

### **Situación de calle, sinhogarismo, sin techo, vagabundeo: primer acercamiento a una definición.**

Para realizar las conexiones teóricas necesarias para esta monografía, es pertinente desarrollar cuales son los conceptos principales de la “situación de calle” de un sujeto. En este capítulo pretendo avanzar sobre algunos significados sociales y culturales sobre el tema, además de realizar un abordaje histórico internacional y nacional de la “situación de calle” o el “sin hogarismo”. Una de las principales preocupaciones internacionales académicas, es definir que es la situación de calle. (Ciapessoni, 2013).

Según la “Fundación Gente de la Calle”(s/f) de Chile, las personas en situación de calle son entendidas como aquellas que “carecen de residencia fija y que pernoctan en lugares, públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda, aunque cumplan esa función (no incluye campamentos)”. Quisiera realizar una aclaración pertinente a esta definición, en Uruguay, se considera situación de calle a las personas que residen en campamentos, que estén en la vía pública ya sea, en carpas, lonas o chapas. El Ministerio de Desarrollo Social – en adelante MIDES – provee centros nocturnos, y distingue personas en situación de intemperie – aquellas que no ingresan por la noche o que no tienen permanencias – y personas que concurren a centros. Castel (1997) en su capítulo “Los Inútiles para el mundo” en el libro “La Metamorfosis de la Cuestión Social” refiere que estar en situación de calle es la expresión más extrema de desafiliación social. La misma, deviene del proceso de la sociedad postindustrial, en la

cual grandes masas comienzan a quedar fuera de la vida social – trabajo, redes, cultura – esto se da generalmente en las metrópolis, en donde la territorialización de la pobreza extrema y la falta de oportunidades son causa del problema.

“Carente de recursos, no puede batarse a sí mismo. Pero, si es cierto que la zona de asistencia acoge en primer lugar a los ineptos para el trabajo y a los próximos según dos criterios que hemos identificado, el vagabundo está doblemente excluido de ella. “Inútil para el mundo”, su destino ejemplifica el drama del desafiado por excelencia, el que, no teniendo ningún “estado”, no goza de ninguna protección”. Castel, “La metamorfosis de la cuestión social”, Castel (1997), p.75

Según Cabrera y Rubio (2008), distinguen entre el sinhogarismo literal y el extenso, el primero son aquellas que no tienen hogar, y el segundo, implica una comprensión abarcativa que trasciende el techo. El sinhogarismo extenso abarca además a la población que vive en situaciones precarias e inhumanas. Para esta monografía, tomaré la noción de los autores de sinhogarismo literal, ya que la internación compulsiva apunta a esta población. Sin embargo, es interesante poder visualizar y contemplar que la visualización, conceptualización, política pública, respuesta y ejecución en el país es una discusión que pronto se tiene que dar.

Ciapessoni, (2013), destaca citando a Meert (2004) que, se ven características conjugadas en la comprensión y en las respuestas a la situación de calle en Uruguay debido a qué, existen personas que no ingresan a centros nocturnos y personas que ingresan por la noche pero que en el día ocupan los espacios públicos.

## Algunos abordajes de la situación de calle en la historia.

Castel (1997) manifiesta que hasta el siglo XVI eran considerados “vagabundos” todas aquellas personas que pedían limosna e individuos que tenían mala fama “caymands” como, por ejemplo, mozos, barberos, trabajadoras sexuales, obreros, etc. Era una forma peyorativa de nombrar a aquellas personas de baja sociedad. En 1534 Francisco I<sup>1</sup>, designo a los vagabundos como: a "todos los vagabundos, desocupados, personas sin reconocimiento [*aveu*<sup>2</sup>] y otras que no tienen ningún bien para mantenerse y que no trabajan ni labran la tierra para ganarse la vida” (Extraído de Castel, “La Metamorfosis de la Cuestión Social”, p.75 citado de Jourdan, Decrouzy, Isambert, Recueil général des anciennes lois françaises, op. cit., t. XII, pág. 271.). Es de destacar, que estas personas denominadas vagabundos, no tenían pertenencia a ningún lugar, y para el contexto de la época, tampoco pertenecían a un amo. En 1566 Carlos IX<sup>3</sup> refería que "Los vagabundos son personas ociosas, inútiles, gente sin reconocimiento, gente abandonada, gente sin domicilio, oficio ni tarea y, como dice la Ordenanza de la Policía de París, gente que sólo sirve para hacer bulto (...) Son el peso inútil de la tierra". Siguiendo en esta línea, el Código Penal napoleónico declara vagabundos a personas que: “sin reconocimiento a quienes no tienen profesión, oficio ni domicilio cierto, ni lugar para subsistir, y que no son reconocidos ni pueden hacer certificar sus buenas costumbres y vidas por personas dignas de fe" (p.76).

Sin embargo, una distinción importante en la definición se hace recién casi doscientos años más tarde, en 1764. Se distingue al vagabundo crónico aquel que está

---

<sup>1</sup> Francisco I fue Rey de Francia, destacado por el gusto por lo extravagante y gran despilfarro.

<sup>2</sup> “*Aveu*” “(...) Es un viejo término tomado del derecho germánico que, en la sociedad feudal, designaba el reconocimiento de un “hombre” por un señor feudal al que prestaba juramento de fidelidad, y que a cambio de ello lo protegía.” Castel (1997), La Metamorfosis de la Cuestión Social.

<sup>3</sup> Carlos IX fue Rey de Francia.

inmerso en “la vida ociosa” de aquel que está desde hace menos de seis meses, es decir, aquellas personas que terminaban sin trabajo por menos de seis meses, no eran consideradas de esta forma, pero aquellas que no llegaron a conseguir un trabajo en ese tiempo eran consideradas dentro de esta categoría y estigmatizadas de llevar una vida de ocios.

“Para el campo, los vagabundos son el azote más terrible. Son insectos voraces que lo infestan y lo devastan y que devoran día por día la comida de los cultivadores. Para hablar sin eufemismos, son tropas enemigas dispersas sobre la superficie del territorio, que viven allí a discreción como en un país conquistado y recogen verdaderos tributos a título de limosnas de una casa, de una familia” (Castel, La Metamorfosis de la cuestión social, p. 76. Relato de un campesino de Francia, Extraído de J. F. Le Trosne, Mémoire sur les vagabonds et les mendiants, Soissons, 1764, pág. 4)

Este relato, aún sin tan abruptas palabras, lo podemos escuchar o leer de personas que son capitalinas o del interior de nuestro país. Lo que nos lleva a no estar tan alejados de la realidad feudal de la época. Los “vagabundos” hoy llamados, personas sin hogar o personas en situación de calle, tienen realmente una historia intrínseca con sistema capitalista. El avance tecnológico o teórico sobre la temática, no ha transversalizado el problema, y menos el sentido común de las personas que hoy vivimos en esta época y contexto histórico social.

El combate al vagabundeo en la época era el exilio y/o el destierro, en 1764 se reconoce que esa pena no era castigo suficiente ya que no solucionaba el problema en concreto. Enrique II<sup>4</sup> en 1556 decide que la mejor pena que pueda existir es llevarlos a

---

<sup>4</sup> Enrique II fue Rey de Francia.

prisión y esperar la ejecución inmediata, es decir, la pena de muerte. (Castel, 1997, p.77) Además se crearon colonias, para el trabajo forzado, en 1719, donde la policía contaba con una prima por cada captura. Esta medida fue retirada en 1722. Otras de las respuestas que de Estado fue el trabajo obligatorio y el Hospital General.

En 1767 se crean los “depósitos de mendicidad”, Castel (1997) refiere que estos eran “una estructura político-administrativa autónoma, especialmente dedicada a imponer el trabajo forzado a los indigentes válidos. Los vagabundos y mendigos arrestados ya no dependían de las autoridades hospitalarias ni del aparato de la justicia común. Eran directamente conducidos a los depósitos por las autoridades encargadas de mantenimiento del orden” (p78). Como describe el autor, estas instituciones eran depósitos de personas, sin cuidados, y sin un sistema de derechos – falta de higiene, sin médicos, insalubre – Castel los describe como “morideros” ya que hubo 21.339 fallecimientos en cuatro años.

En cuanto a la causa del vagabundeo, las fuentes históricas no nos permiten pensar más allá de las decisiones personales de las personas, en ese sentido, se responsabiliza al individuo de su miseria, como una suerte de merecimiento el estar en situación de calle.

### **Uruguay: primeros abordajes del MIDES, datos competentes y el programa PASC.**

En este apartado, trataré de identificar como se ha buscado resolver la problemática de la situación de calle en Uruguay desde la creación del MIDES. Además, identificaré datos y comparación de datos oficiales sobre los censos a esta población.

El Programa de Atención de Personas en Situación de Calle (PASC), ha dependido de distintas direcciones del organigrama del MIDES.

“En el año 2010 el PAST se reestructuró y pasó a denominarse Programa de Atención a las Personas en Situaciones de Calle (PASC), lo que implicó el primer cambio en la comprensión del fenómeno que refiere a la situación de calle. A partir de este momento, al menos a nivel discursivo, dejó de asociarse dicho fenómeno a la falta de vivienda exclusivamente y, comenzó a incorporar otros factores determinantes; los que no se asociaron a las causas estructurales del problema, sino que continuaron colocando el acento en la propia población que se encontraba en dicha situación. Fue a partir de ese momento que el PASC comenzó a formar parte de la Dirección Nacional de Integración Social (DINIS) del MIDES.”

Domínguez, 2019. p.50

Tiene como finalidad abordar personas mayores de 18 años que se encuentran en situación de calle. Fue modificado en el año 2011, —A fines del año 2010 el programa comienza un período de reestructura que implicó varios cambios, entre ellos la diversificación de las modalidades de atención para los perfiles de población. (MIDES, 2012, p. 6). La modalidad de atención tuvo un cambio en 2010, pero realmente el cambio se dio en 2014 cuando se separaron diferentes programas (...) cada componente del PASC pasó a conformar un programa social (Calle, Atención a mujeres con niños, niñas y adolescentes, Cuidados) con una población objetivo específica y dependiente del Departamento de Coordinación del Sistema de Atención (MIDES, 2014, p. 5).

En 2020, un documento proporcionado por el Ministerio de Desarrollo Social – MIDES – define a la situación de calle como:

“un resultado de la falta de cobertura sistemática ante el no acceso al ejercicio de derechos que produce ciertos riesgos sociales y la acumulación intergeneracional y/o

accidental de privaciones de distinta entidad, y la no inclusión o inclusión precaria en el mercado de trabajo que produce situaciones sociales de exclusión multidimensional que se manifiestan en fenómenos complejos.”

Ministerio de Desarrollo Social, 2020, p.9.

Los factores que distinguen a nivel macro son vinculados a la distribución de la riqueza, mercado de trabajo, entre otros. A nivel institucional distinguen, personas que han estado privadas de libertad o institucionalizadas en el Instituto del Niño y el Adolescente Uruguayo (INAU) o de internaciones por salud mental. A nivel vincular, la fragilidad de los vínculos o redes emocionales con sus familiares. A nivel individual, discapacidad física, consumo problemático de drogas, etc. (MIDES, 2020)

Según los datos de este informe, en el censo realizado en 2019 existían unas 1043 personas en situación de calle sólo en Montevideo. Con una mirada diacrónica, la atención de Equipo Móvil, hoy llamado Equipo Calle, entre 2012-2018 se atendió a 7.000 personas. (MIDES-DINEM<sup>5</sup>, 2019).

“(…) incluyendo la población que asistió a los refugios, es decir, sumamos las personas en intemperie con los que están en los refugios, en base al conteo de 2019, se encuentran 2038 personas en situación de calle en una noche. Sin embargo, en el período 2006-2018 aproximadamente 20.000 personas pasaron al menos una noche en los refugios. Es decir, existen 19.000 personas que no están en los refugios. A su vez, se

---

<sup>5</sup> La Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM), tiene como misión ejercer la rectoría en el monitoreo y evaluación de planes, programas, acciones, dispositivos y proyectos sociales en el territorio nacional, así como en la construcción y gestión la información necesaria para mejorar la implementación y el diseño de los mismos. Asimismo, no se encontró información después de la gobernanza del actual gobierno, fuentes digitales de información como Caras y Caretas y La Diaria, habrían investigado que el actual gobierno habría cerrado el Observatorio Social de Políticas Sociales.

sabe por un estudio que está en curso sobre ex usuarios de refugios (MIDES-DINEM, 2019), que la mayoría no falleció ni volvió a la calle.” (MIDES, 2020, p.12)

***Características de las personas en refugios (2017) y en intemperie (2019).***

INTEMPERIE	Dimensión	REFUGIOS
91%	% varones	78%
media: 38 años	Edad	media: 46 años
Vínculos (53%), Adicciones (29%)	Motivos de ingreso a calle	Ingresos (56%), Vínculos (49%)
media en años: 4,2	Tiempo en calle	media en años: 3,2
media en años: 25	Edad de ingreso a calle	media en años: 39
53% superó primaria	Nivel educativo	58% superó primaria
63% trabaja	Trabajo	41% trabaja
16% recibe ayuda de vecinos	Redes comunitarias	12% recibe ayuda de vecinos
60% está en contacto	Redes familiares	64% está en contacto
59% consume a diario	Consumo de sustancias	15% consume a diario
52%	Ex PPL	24%
37%	Problemas de salud mental	45%

**FUENTE: Censo de personas en situación de calle 2019 (intemperie) y Encuesta de usuarios de refugios 2017, ambos desarrollados por DINEM**

Me interesa, apartar de esta tabla los antecedentes de institucionalización y egreso. Se destaca que en intemperie el 37% de las personas tiene problemas de salud mental y en refugios un 45%.

En 2020, se realizó el censo<sup>6</sup> de situación de calle, el único dato que se aportó desde el Ministerio fue la cantidad de personas que se encontraban en esta situación. En Montevideo existen 3.384 personas en esta situación.

<sup>6</sup> El Censo 2020, se realizó con el apoyo de INE y ONU en Montevideo, y de las Intendencias, Ministerio del Interior y organizaciones de la sociedad civil en el interior del país. La metodología para la misma fue elegir una noche del invierno y recorrer la ciudad contando quien pernoctaba en la vía pública. Asimismo, desde SMART se realizó el conteo de personas que entraron a centro nocturno.

Según los datos oficiales del MIDES (2021), se contabilizaron 3.907 personas en situación de calle. Existió un aumento del 16% con respecto al año anterior, es decir, 523 personas más. Este censo lo realizaron voluntarios y obtuvo el apoyo solamente de ONU, además no se contabilizó como el año anterior las personas sinhogarismo en el interior.

**Evolución de personas en situación de calle en Montevideo- Relevamientos 2016, 2019, 2020, 2021**

Dispositivo	Año				Variación 2020 - 2021	
	2016	2019	2020	2021	Casos	%
<b>REFUGIOS TOTAL</b>	1374	1475	2499	2987	488	20%
<b>INTEMPERIE</b>	556	1043	885	920	35	4%
<b>TOTAL</b>	1930	2518	3384	3907	523	16%

	VARIACIÓN % ENTRE		
	2016 - 2019	2019-2020	2020-2021
<b>Total</b>	30%	34%	16%

**FUENTE: Ministerio de Desarrollo Social, 2021**

Es de destacar, que el censo de 2021, se realizó el 27 de julio, a dos meses de la implementación del Plan Invierno que inició el 15 de mayo de ese año hasta el 31 de octubre del 2021. El Plan Invierno consistió en que se abren 3441 plazas en diferentes modalidades de atención (centros nocturnos, 24 hrs para mujeres con niños, niñas y adolescentes, hogares de vivienda con apoyo, y covid-19). Además, se agregaron paradores nocturnos, asistencia 24 hrs de ASSE, Call Center 24hrs, y, Equipo Calle 24 hrs – incrementando recorridas y personal. Ese día de censo, hubo tres centros más abiertos ya que había ola de frío polar, por lo tanto, se abren los centros de emergencia climática albergando así más personas.

El último censo en el cual se les ha preguntado a las personas si egresaban de alguna institución ya sea INAU o un centro hospitalario por salud mental fue en 2019. Por lo tanto, no existe información si los últimos ingresos a la situación de calle han sido por estos motivos.

Dentro de los motivos por los cuales las personas transcurren parte de su vida en esta situación solamente destacaré consumo problemático de drogas y salud mental, ya que es lo que compete a este documento. Entendiendo el consumo problemático de drogas como:

“(.. .) cualquier tipo de uso de sustancia lícita o ilícita que compromete negativamente a una o varias de las áreas vitales del sujeto, estas se ven afectadas mediante comportamientos de riesgo que ejerce la persona en el cual puede verse comprometido el daño a sí mismo, así como a su entorno.”

Berriel, 2015, p.9

Asimismo, la Ley de Salud Mental 19.529 (2017) artículo n°5, menciona como parte de la salud mental, mientras que el tratamiento de la misma en el marco de esta Ley como salud integral al individuo.

(Consumo problemático de sustancias psicoactivas). - El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socioafectivos en los ámbitos familiar y comunitario.

Ley 19.529, 2017, art. N°5.

El relevamiento del año 2020, manifiesta que el 56% de las personas en esta situación presenta consumo problemático de drogas. Las mismas, viven en su cotidianeidad bajo la incertidumbre, que comer, como bañarse, donde ir al baño, en donde dormir, etc. Estas preocupaciones, - en la experiencia de trabajo con estas personas - llevan al “querer abstraerse de la realidad” lo que en el consumo de sustancias, obtienen.

Los usuarios constituyen una población heterogénea, con prácticas de consumo y de obtención de sustancias diferentes. Casi la tercera parte de éstos viven en la calle y otro 10% permanecen en refugios durante la noche.

Berriel, 2015, p.6

En ese sentido, en el censo de 2020 de MIDES, 30% de la población en situación de calle manifestó haber estado internado por problemas de salud mental o estar en tratamiento. Esto es un espejo con los problemas de consumo problemático, muchas veces derivados de los quiebres de los vínculos familiares, de la expulsión de la sociedad, y del poco andamiaje institucional post-internación, lo que refleja que las instituciones totales lejos de darle al individuo una mejor calidad de vida, lo expulsan aún más lejos de la inclusión.

En la monografía de grado de Carrera (2021), realiza algunas entrevistas a usuarios/as del PASC. En la entrevista n°3, (p.48) una usuaria/o destaca que: “He tenido experiencias de todo tipo. Este y he conocido este también experiencias de mis compañeras que han sido muy duras, sobre todo que la salud mental se va deteriorando”. Vivir en la calle, deteriora la salud mental de las personas, con o sin consumo problemático, tal vez muchas veces sea la causa, otras, consecuencia del estar allí. Esta dualidad tan difícil como lo es la pregunta, ¿los problemas de salud mental son: causa o

consecuencia del estar en situación de calle? Nos lleva a múltiples apuestas y sin dudas es una problemática difícil de responder. Para los siguientes capítulos nos iremos acercando al debate de la internación compulsiva en base a la Ley de Salud Mental y los roles dentro del Trabajo Social.

En el siguiente capítulo realizare un breve recorrido histórico sobre Salud Mental tanto Occidental como en el país, avanzando sobre las manifestaciones y abordajes de la misma. Pretendo avanzar sobre Salud Mental debido a qué dentro de la Internación Compulsiva como tal, focalizo mi estudio sobre los abordajes de esta en las personas que tienen algún problema de salud mental, apoyándome en los datos y estadísticas que afirma el Ministerio de Desarrollo Social. Es pertinente a mi entender, dar a conocer al lector/a las circunstancias históricas en la cual se fue gestando la Ley 19.529 para poder realizar un primer acercamiento al debate de la internación compulsiva para las personas en situación de calle. A mi entender, y como se avanzará en el recorrido de esta monografía, los preconceptos que llevan las dos situaciones del individuo – sinhogarismo y problemas de salud mental – tienen correlación entre sí y a su vez las unen. Esto será explicado en el capítulo III.

## Capítulo II

### **Salud Mental: definiciones y abordajes históricos occidentales.**

Por mucho tiempo, se identificó la salud como binomio salud/enfermedad, interpretándose al primero como ausencia del segundo y viceversa. Esto se basó, en una idea totalmente biologicista, sin poder visualizar el ambiente en el que vive ese sujeto. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948<sup>7</sup> define a la salud como “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La OMS marcó con esta definición un antes y después en cómo se considera el término salud, ya que, desde aquí se parte para entender que la salud no es una ausencia de enfermedad, esta definición tiene una mirada biopsicosocial.

Con respecto a la Salud Mental específicamente Amico (2005) refiere que “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 de cada cultura o periodo histórico” (p.17). Es decir, un sujeto que tiene problemas de salud mental hoy, sería evaluado de diferente forma, y tendría diferentes recursos en otro contexto histórico.

Huletche y Delgado (1998), explicitan que, en la Antigüedad, la Salud Mental se explicaba como externa a la persona, la locura era concebida como sagrado tanto relacionado con lo divino como con lo diabólico. En las mayores oportunidades era relacionado con esta última, por lo tanto, se buscaba expulsar a los malos espíritus del

---

<sup>7</sup> La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, 22 de julio de 1946, entra en vigor el 7 de abril de 1948.

cuerpo y así curarlo. Esta concepción provenía de una fuerte dominación de la vida social por parte de la Iglesia Católica. Siguiendo con los autores mencionados, en el Renacimiento, ya se empieza a pensar a la locura como una falta de razón, es por ello que dejan de ser “endemoniados” y pasan a ser considerados por las ciencias médicas.

Foucault (1993), refiere que es en la modernidad, la época del encierro en el hospital. Los problemas de Salud Mental son considerados como un alejamiento voluntario de la razón los cuales deberían ser corregidos por medio del internamiento y severas medidas disciplinarias, “aunque los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera, (...), eran internados, encerrados y apartados de la vida comunitaria junto a indigentes, prostitutas, huérfanos y homosexuales; considerados estos como sujetos irracionales para este periodo” (Amico, 2005, p.18). El hospital se ocupó de ocultar todo lo disfuncional que existía en la sociedad de ese tiempo para que la sociedad burguesa prosperara. Castel (1980), agrega que,

(...) El loco desentona. Carente de razón, no es sujeto de derecho: irresponsable, no puede ser objeto de sanción; incapaz de trabajar o de “servir”, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios, está libre circulación de hombres y mercancías en la que sirve de matriz la nueva legalidad burguesa. (...) Al dejar de pertenecerse a sí mismo, ya no es susceptible de participar en el proceso de producción y de adquisición. (p.52)

Foucault (1993), comenta que se fue consolidando un modelo de vigilancia, disciplina, corrección y castigo. El encierro era determinado judicialmente, y las instituciones psiquiátricas se comportaban como tales, se ejecutaban al margen de la ley. Las ciencias médicas a finales del siglo XVIII se fueron acercando a la psiquiatría y a tomar decisiones sobre los asuntos de la locura. El poder médico se transformó en

totalitario y lo legítimo era el asilo como respuesta. Foucault (1996), manifiesta que, “el saber psiquiátrico se formó a partir de un campo de observación ejercida práctica y exclusivamente por los médicos que detentaban el poder en un campo institucional cerrado, el asilo u hospital psiquiátrico” (p.127). Es así como la mirada biologicista totaliza el espacio de la locura, siendo identificada como la anormalidad.

Según Goffman (2001), los hospitales psiquiátricos, “están erigidos para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad” (p.18). Asimismo, el autor define a los Hospitales Psiquiátricos como “instituciones totales” debido a que transforma dentro de sí, un mundo propio-otra realidad diferente al mundo exterior. Refiere a largos períodos de tiempo de estadía dentro del Hospital, lo que causa una “desculturación” en otras palabras, no se puede estar al corriente del mundo exterior por lo tanto no se avanza o retrocede tal como lo hace la sociedad en su conjunto. En los Hospitales de este tipo lo que suele suceder son modificaciones culturales, de hábitos, la intimidad, por lo tanto, se mutila el yo.

Es importante destacar, que, aunque se fue dilucidando sobre la medicina y la mente, aquellos sujetos que entraban en el asilo manicomial eran derivados de la propia manifestación de la época, es decir, todo aquel sujeto el cuál no tenía “sitio” en la sociedad – el/la desviado/a- era puesto fuera de la vista de los que prosperan. Castel (1980), menciona que “la medicina mental ha sido un motor esencial de esta transformación. La máquina, como se verá, queda montada a partir de la locura. Como gran éxito de su edad dorada la medicina mental produjo el estatuto médico-jurídico-administrativo del alienado” (p.25).

Abordaré más adelante, las nociones que vienen acompañadas de esta idea de los desviados como los peligrosos y los que deben estar encerrados. En ese sentido, se genera un estigma social que se arrastra hasta nuestros días que se manifiestan en la sociedad de diversas maneras.

### **Atención de la Salud Mental en Uruguay: algunas notas históricas.**

En Uruguay y específicamente en el Montevideo colonial en el siglo XIX, según Casarotti (2007), no existían dispositivos que trabajaran con la Salud Mental ni mucho menos con aquellas personas que tenían problemas de esta índole. Éstas, vagaban por las calles de la ciudad y eran cotidiano ver aquello, algunas consideradas “locas”, los asilaba su familia o en su defecto estaban en prisión.

La imagen del loco – no muy diferente de lo que sucedía en otras partes del mundo – era referida a aquellos que cometían actos antisociales. Al igual que en Occidente, este problema de visualizar en la cotidiana a los “vagabundos locos” exigía respuesta por parte de lo más pudientes locales. (Techera et al, 2009). La primera respuesta al problema se dio en 1788 con el Hospital de Caridad. Casarotti (2007) refiere que no fue hasta el 1817 que se contó con espacios destinados al cuidado de estas personas con fines caritativos. En 1860 el presidente Berro inaugura el “Asilo para Mendigos”, 20 años después se construiría lo que hoy conocemos como el Hospital Vilardebó, para el 1879 residían 348 internos. (Casarotti, 2007). La figura del médico no tenía demasiada importancia ni poder para esa época, las que figuraban con el poder eran las Hermanas de la Caridad, las cuales infringían castigo físico y trato inhumano a los pacientes. (Techera et al, 2009) Según Casarotti (2007) el Manicomio fue considerado una modernización en el país (p.154)

La relevancia de la medicina en el Hospital Psiquiátrico cambia cuando se funda la Facultad de Medicina en el año 1875, Barrán manifiesta que,

“el desarrollo de la medicina general y de la psiquiatría en particular abarca un periodo que el historiador denomina de “Disciplinamiento”, que va de 1860 a 1920 y que lleva a la concepción de la salud como valor, al asentamiento del estamento médico y la medicalización de la sociedad”

Barrán en Techera et al, 2009, p.54.

En 1908 se funda la Cátedra de Psiquiatría y en 1923 la Sociedad de Psiquiatría. La gran demanda de atención causó la creación de las dos Colonias, aún existentes: Colonia Dr. Bernardo Etchepare y posteriormente la Colonia Dr. Santín Carlos Rossi. Se podría decir que, para la época, fueron las primeras “comunidades terapéuticas” que se fundaron en el país, ya que su fundamento era la “Asistencia familiar de alienados”.

Pretendo abordar en profundidad en los siguientes capítulos, la historicidad de las Leyes vinculadas a la Salud Mental como fue la Ley 9.528 denominada como Asistencia al Psicópata y la Ley 19.529 Ley de Salud Mental aprobada en 2017.

Re-capitulizando, en el primer capítulo abordé la temática de situación de calle, su contexto histórico occidental y nacional, asimismo presenté datos empíricos sobre los últimos censos de calle, y realicé un pequeño énfasis en la situación de calle y la salud mental. En el capítulo II, traté de mostrar las modalidades tanto internacional como nacional en abordar la Salud Mental. Los cambios que se han producido en tantos años fueron algunos significativos en cuanto a la dignidad en la atención de las personas que tienen algún problema de salud mental. Asimismo, las personas que eran vistas como “enfermos mentales” pero que no padecían ninguna enfermedad biológica como lo son

homosexuales, criminales o vagabundos – para la época – eran reclusos por ser desviados de una sociedad en donde no eran capaces de insertarse en el capitalismo naciente y moderno. Aquellos/as que eran expulsadas del mercado laboral, lo eran de la sociedad, y recaían hasta los asilos manicomiales, en donde desde su estructura física, material y su significado/simbólico social era excluyente.

En el siguiente capítulo pretendo mostrar la correlación entre éstas dos temáticas, así como los conceptos principales que evocan de ellas: peligrosidad y estigma. Trataré de demostrar como los dos conceptos sobre *Salud Mental* y *Situación de Calle* se conjugan en estos dos conceptos mencionados anteriormente, debido a su conexión intrínseca como por ejemplo en sus inicios o en sus similitudes de respuesta, como he buscado demostrar en estos dos capítulos anteriores.

## Capítulo III

### **Dos caras de una misma moneda: la peligrosidad y el estigma.**

En este capítulo abarcaré las nociones de peligrosidad y estigma sobre las dos temáticas analizadas en los anteriores capítulos. Pretendo aquí abordar como estos conceptos se muestran en conjunto tanto para las personas en situación de calle como para las personas que tienen problemas de salud mental, no obstante, hablaré de los sujetos que se encuentran sinhogarismo y con problemas de salud mental, siendo así doblemente estigmatizados, y considerados peligrosos.

### **Peligrosidad: conceptualización y criminalización de la pobreza extrema.**

Para abordar una primera conceptualización de la peligrosidad, Castel (1986) refiere que:

La peligrosidad es una noción bastante misteriosa y profundamente paradójica puesto que implica al mismo tiempo la afirmación de la presencia de una cualidad inmanente al sujeto (es peligroso) y una simple probabilidad, un dato aleatorio, puesto que la prueba del peligro no se tendrá más que a destiempo, es decir, cuando el acto se haya efectivamente realizado.

Castel, "De la peligrosidad al riesgo", 1996, p.221

La locura ha sido un tema abordado desde diferentes perspectivas depende el contexto histórico con el cual se esté analizando – los bufones, la brujería, el pecado, problemas médicos, entre otros - "La locura y el loco llegan a ser personajes importantes,

en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sin razón del mundo y ridiculez menuda de hombres" (Foucault, 2014, p.28) Tal como menciona Castel (1980), el loco a la vez que es digno de lástima, es peligroso. (p.52).

En ese sentido, " (...) la peligrosidad es de una parte un pronóstico de futuro y de otra un juicio de probabilidad que parte del conocimiento de un autor y de su conducta." (Terradillos, 1981, p.119). Cuando se nombra a un sujeto de "peligroso" estamos dándole una mochila llena de valores morales y éticos, por lo tanto, predeterminamos su comportamiento. "El loco es un perturbador con el que llega el escándalo al espacio familiar o al espacio social. (...) Vagabundo peligroso que suscita una intervención con frecuencia enérgica en nombre de la seguridad de las personas, de la salvaguarda de los bienes, de la decencia, etcétera." (Castel, 1980, p.37). Es importante señalar como se vio en el capítulo I, los virajes históricos en cuanto a la respuesta al problema. No está lejos, ni mucho menos poco separado los temas de situación de calle con la locura, en el nacimiento de la sociedad moderna y de las instituciones totales estos dos supuestos eran nombrados como iguales con un denominador común: la pobreza. Solamente aquellos/as que tenían una familia la cual podría soportar tal escándalo y cuidados, no eran dispuestos en los depósitos de mecindad. Retomaré esta cita en el siguiente capítulo sobre la respuesta a la problemática del Estado uruguayo. Foucault (2014) en su libro Historia de la Locura Tomo I, comienza analizando la situación de los enfermos de lepra y cómo el tratamiento a esta población, que fue encerrada y estigmatizada por su enfermedad, se trasladó, en un momento de la historia, a la enfermedad de la locura. "Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligado a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural." (p.80)

Siguiendo a Foucault (1992) y a Garland (1999), la peligrosidad se reditúa con el castigo, por tanto, el mismo es una institución política de dominación, trata la fragmentación social y los riesgos que supone vivir en sociedad. En este sentido, es en las instituciones en las cuales se impone el castigo en donde se elaboran los conceptos ordenadores de la cultura.

La creación del encierro y aislamiento, se caracterizó por poner allí a un conglomerado de personas no necesariamente con una patología psiquiátrica, el objetivo era encerrar a aquellos sujetos que se desviaban de la razón, de la norma, separando a los enfermos, de aquellos que no. Esto corresponde al mantenimiento de un orden histórico – social, en el cual se ubica a la persona en la sociedad, los que están por fuera, representan un peligro para el mandato establecido. El *loco*, es el destinatario de las prácticas de correjimiento de la conducta, y castigos que repriman y adapten sus valores para la sociedad, "La represión adquiere así una eficacia doble, en la curación de los cuerpos y en la purificación de las almas. El internamiento hace posibles, así, esos remedios morales (...) que serán la actividad principal de los primeros asilos del siglo XIX (...)" (Foucault, 2014 p.139). La psiquiatría en tanto, ejerce ese control y poder de los cuerpos, lo normal, lo anormal, establece, quien posee los derechos, quién es ciudadano, según Castel (1980), "Con la cuestión de la locura, por medio de su medicalización, se inventa un nuevo estatuto de tutela esencial para el funcionamiento de una sociedad contractual." (p.41).

Es importante resaltar, como el Estado liberal acecha en este sentido a la población más vulnerable, lo que entendemos como la criminalización de la pobreza. Las instituciones multinacionales (OMC, FMI, BM), históricamente han impuesto a los países con escasos ingresos como son los sudamericanos, políticas sociales de desarrollo. Estos últimos tiempos hemos visto, a causa de la emergencia sanitaria, así como también a una

crisis social, económica y humanitaria mundial un aumento de la pobreza, la más aguda, la situación de calle. Con ayuda de los medios masivos de comunicación se ha gestado una situación de paranoia en la población que desemboca en la criminalización de la pobreza. “Todo/a pobre es considerado/a delincuente o potencial delincuente (...)” (Rodríguez,2011, p.301). Históricamente la noción de peligrosidad estuvo asociada a los obreros, es decir, pobres. La asociación última era la de peligrosos, la medicina urbana se conjugó en la hospitalización y la vigilancia de los cuerpos. (Foucault, 1990). Juan S. Pegoraro refiere a que “Se criminaliza a los pobres, no a la pobreza”, afirmación con la que concuerdo. En este sentido, podemos decir que la Ley de Internación Compulsiva, reglamentada hace apenas un año, se enmarca en estas conceptualizaciones, así como también la Ley de Faltas, “(...) tenemos problemas con las leyes, porque son las leyes las que contribuyen a crear la pobreza. No solamente las leyes criminalizan a los pobres, sino que las leyes contribuyen a la constitución de la pobreza.” (p.2). Extrapolando una investigación realizada en Argentina sobre jóvenes que delinquen, las autoras afirman que “Se trata entonces de una puja de poder, hay grupos de presión que consiguen imponer sus valores, su visión del mundo y lograr que se vigile y castigue aquello que afecta el buen funcionamiento de la sociedad, “su” sociedad”. (Sambor, et.al, 2015, p.7)

En palabras de Zaffaroni:

La inevitable selectividad operativa de la criminalización secundaria y su preferente orientación burocrática (...) provoca una distribución selectiva en forma de epidemia, que alcanza solo a quienes tienen bajas defensas frente al poder punitivo y devienen más vulnerables. (...) dado que la selección dominante responde a estereotipos, la persona que encuadra en alguno de ellos debe realizar un esfuerzo muy pequeño para colocarse en una posición de riesgo criminalizante (y a veces debe realizar

el esfuerzo para evitarlo), porque se halla en un estado de vulnerabilidad siempre alto. (...) El estereotipo criminal se compone de caracteres que corresponden a personas en posición social desventajosa, cuyos eventuales delitos, por lo general, solo pueden ser obras toscas, lo que no hace más que reforzar los prejuicios racistas y clasistas, en la medida en que la comunicación muestra las obras toscas como los únicos

Zaffaroni 2005; p.12.

Kessler (2012) refiere que tomar como suya para una sociedad, la palabra peligrosidad conlleva a la discriminación. Por un lado, el estigma que se vieron obligados a soportar, por otro, sus consecuencias. Las personas con problemas de salud mental y en situación de calle, o solo con una de estas dos problemáticas ha tenido que sufrir los reveses económicos. Probablemente en sus biografías dejó una marca, sin mencionar el poco o nulo acceso a la salud.

Entonces, ¿cuáles son las nociones para clasificar las conductas peligrosas? La asociación entre peligro y desviación. Según Terradillos (1981), la desviación responde a una determinada estructura social, que dicta los acuerdos sociales que se establecen y que son legitimadas por todos, dentro de ella tenemos la moral y la ética - que está bien y que no. Los sujetos que transgreden este acuerdo social, son denominados de esta forma. La misma, además esta intrínsecamente asociada al sistema social al cuál se pertenece, por lo tanto, no se puede pensar por fuera de este. En otras palabras, las desviaciones son contradicciones internas mismas del propio sistema en el que se está, no son casualidades ni surgen de manera aislada.

La locura históricamente ha sido considerada como transgresora de estos acuerdos y agregó, actualmente o en la historia reciente la situación de calle como la conocemos,

por ello se instalan dispositivos que puedan controlar esta problemática "La asociación entre locura y peligrosidad instaaura la superposición entre punición y tratamiento, tutela y locura, dando por resultado la restricción de derechos y deberes y la vinculación, así más no sea implícita, con las conductas delictivas." (Mantilla, 2010, p.117). La psiquiatría se ha encargado de regular el comportamiento de los individuos y ha monopolizado el tratamiento de ésta, según Mitjavila (1998):

“El desarrollo de estrategias punitivas (...) comprende el conjunto de prácticas técnico - políticas dirigidas a la aplicación de sanciones - fundamentalmente mediante mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento - a determinados sectores de individuos portadores de <conductas socialmente desviadas> o que representan algún tipo de amenaza o riesgo social”.

Mitjavila, (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social, p.13.

Asimismo, Castel (1980) refiere a que "El poder médico goza de un privilegio de hecho, pues le corresponde la función pericial: el certificado, validando o invalidando el estado de enfermedad, zanja la cuestión de la legitimidad del internamiento." (p. 177-178) En otras palabras, si una persona que tiene un problema de salud mental y representa un peligro para si mismo o para los otros, se recurrirá a un médico psiquiatra ya que es la disciplina adecuada para responder que tan dispuesta está ese sujeto a cometer un delito, es decir, que tan peligroso es.

Por otro lado, se ejerce la vigilancia como parte de una política preventiva de lo que va a suceder "Existe vigilancia en el sentido de que el objetivo que se pretende es el de anticipar e impedir la emergencia de un suceso no deseable: enfermedad, anomalía o comportamiento desviado." (Castel, 1986, p.230) Siguiendo con Castel (1986),

manifiesta que se genera una deshumanización de las personas, ya que, se pone en juego la posibilidad de que pase un suceso trágico – riesgo.

### **Estigma: conceptualización y su vinculación con la peligrosidad**

Goffman (1963), refiere que el estigma, es una expresión que tiene como fin determinar con ciertos atributos o comportamientos a los sujetos, el que esté por fuera de esas concepciones es discriminado en términos de normal y anormal. En ese sentido, el autor sostiene que el estigma es una manera de regular las relaciones sociales y mantener el *status quo* a través del control social.

Según Goffman (2006), la estigmatización conlleva a la vergüenza, “el individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros; este es un hecho fundamental. (...) La vergüenza se convierte en una posibilidad central, que se origina cuando el individuo percibe uno de sus atributos como una posesión impura de la que difícilmente puede imaginarse exento”. (Goffman 2006, 17). En el imaginario social, se crean diferentes teorías de lo que es la persona, como va a actuar, que va a decir, etc., es así como se justifica la discriminación, la inferioridad. Como consecuencia, el sujeto portador del estigma lo lleva a sentirse de esa manera, inferior, con baja autoestima, etc. (Goffman, 1963).

Consiguientemente, Becker (2009) menciona que es imposible decir que una persona es normal o anormal, lo que rige esto, es la norma. Ésta es puesta en práctica coincidiendo con Goffman por la sociedad, y recalca que es el saber experto quien “hace las normas”, en otras palabras, los roles que ejercemos profesionalmente, son normas. Hace alusión principalmente a los psiquiatras.

“Las personas con enfermedad mental grave y persistente perciben claramente el estigma social y reconocen que existe un estereotipo muy homogéneo de <enfermo mental> fomentado por los medios de comunicación cuyo eje principal es la asociación de enfermedad mental con peligrosidad hacia los demás, la violencia y la maldad.”

Muñoz et al, 2009, p.116 – 117.

Me gustaría resaltar, que además de la estigmatización sufrida por las personas que tienen algún problema de salud mental tenemos esta dualidad estigmatizada que es, estar en situación de calle. Muchas veces esto hace, que intenten ocultar la situación por la cuál están atravesando como por ejemplo el consumo de sustancias psicoactivas o que ya han sido hospitalizados por alguna descompensación psiquiátrica.

Según Muñoz et al (2009) podemos distinguir tres aspectos vinculados al estigma social, estereotipos, prejuicios y discriminación. Los estereotipos, son aquel conjunto de creencias, que la sociedad tiene sobre cierto tipo de grupo social, en ese sentido, se las valoriza y se le adjudican características o conductas, muchas veces falsas, éstas parten del sentido común. Los prejuicios, son las experiencias negativas que tienen las personas con determinado grupo sujetas a los estereotipos antes mencionados. Estos dos aspectos dan lugar al tercero, la discriminación. Son acciones que se desarrollan en términos de distancia social.

López et al (2008) agrega sobre la distancia social, que estas conductas generan una limitación de la vida, entendiendo así la falta de oportunidades, repercusiones nocivas sobre si mismos/as, lo que provoca que se agraven todos los problemas iniciales del sujeto.

Este conjunto de características que rodean al estigma, permea los espacios de juicios de valor sobre la vida del sujeto, ya sea que se encuentre hospitalizado o en la intemperie, limitando así los derechos como ciudadanos/as de los/as mismos/as.

Cuando se activan los prejuicios, estas creencias pueden dar lugar a reacciones de miedo, temor, desconfianza...las cuales, a su vez, pueden desencadenar distintas formas de discriminación que van a suponer para quienes padecen una enfermedad mental el tener que hacer frente a dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independiente, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja (...) En todos estos casos, los procesos estigmatizadores ponen a las personas ante situación de exclusión (...)

Muñoz et al, 2009, p. 1

Teniendo en cuenta lo visto hasta entonces, principalmente en Castel y a Goffman, encuentro similitudes y correlaciones en las afirmaciones en cuanto a estigma y peligrosidad. Tal como dice Castel, nadie es peligroso hasta que comete un hecho ilícito, como refiere Kessler, el contexto político, social y económico dejan marcas irrecuperables en las trayectorias de vida de estas personas, principalmente aquellas que no han recibido una atención integral de salud, que no han podido tener acceso a ella, y que en la medida en que las políticas sociales y públicas que tenemos hoy como Estado tampoco las pueden abordar. “Las dos caras de una misma moneda” refiere a que como brevemente cite en este capítulo a las correlaciones de salud mental y situación de calle, es difícil discernir entre que va primero, o si van en conjunto, basta bibliografía sugiere que la pregunta, o más bien, la respuesta está sin resolver. Tomando a Muñoz, es sumamente destacable el término de distancia social, y el empecinamiento con determinado grupo social, como esto avanza en la historia de la humanidad, siendo así la

clase proletaria el vínculo principal con la pobreza, lo que repercute en la actualidad en las personas con problemas de salud mental y/o en situación de calle. Las consecuencias de estos hechos, en términos de oportunidades y derechos, principalmente al de la vivienda, a la de una vida social, y englobando esto, a la de una vida digna.

En el siguiente capítulo, pretendo acercarme al debate de la Ley de Internación Compulsiva y el *juego perverso* que se propone con la Ley de Salud Mental y ésta. Como se avanzó en este Capítulo, la peligrosidad y el estigma son las dos caras de una misma moneda, tal como estas dos leyes, ya que, se utiliza la Ley de Salud Mental para poner *debajo de la alfombra* oculta a la hospitalización involuntaria. La distancia social que ponemos sobre un grupo en específico como las personas en situación de calle, la noción de peligrosidad tal como la entiende Castel, se ponen a la vista de todos/os en esta Ley. El encierro como solución a la emergencia y al control social, a la vigilancia de los cuerpos como lo entiende Foucault.

## Capítulo IV

En este capítulo, intentaré desarrollar un breve análisis de las dos leyes puestas en juego en esta monografía de grado, la Ley de Salud Mental aprobada en 2017 y la Ley de Internación compulsiva reglamentada en 2021 y su presente proyecto de ley presentado el 17 de febrero del 2022.

### **Entre políticas sociales y leyes: la respuesta a la problemática estructural – la respuesta emergente.**

La Ley de Internación Compulsiva fue puesta sobre la mesa en el gobierno de Mujica – Frente Amplio en 2011, y nunca se llegó a aplicar ya que no fue reglamentada. Según una nota que dio Micaela Melgar (ex directora del Programa Calle), “Durante el gobierno pasado, se removió a “cuatro o cinco” personas de las calles contra su voluntad (...) se actuó en el marco de la ley de Faltas 19.120 o a través de la intervención del juzgado de Familia”. (El observador, 2021).

La Ley 18.787 dice lo siguiente:

Las personas de cualquier edad, que se encuentren en situación de intemperie completa, con riesgo de graves enfermedades o incluso con riesgo de muerte, podrán ser llevadas a refugios u otros lugares donde puedan ser adecuadamente asistidas, aun sin que presten su consentimiento, siempre que un médico acredite por escrito la existencia de alguno de los riesgos indicados en la presente disposición y sin que ello implique la privación correccional de su libertad. El Poder Ejecutivo reglamentará lo dispuesto en el inciso primero encomendando a los Ministerios de Desarrollo Social, de Salud Pública y del Interior -sin

perjuicio de la participación de los organismos nacionales e interdepartamentales con competencia en la materia- que coordinen el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

Ley 18.787, 2011

El proyecto de Ley presentado el 17 de febrero del 2022 por la cartera actual del MIDES, tiene cambios relativos, pero significantes. Según lo que refiere el documento, es espíritu es reforzar las respuestas socio-sanitarias para “optimizar la asistencia obligatoria por parte del Estado a toda persona en situación de calle” (p.3) Veremos más adelante como el componente social que se nombra, no está vinculada a este proyecto. Uno de los cambios más importantes que propone el mismo es la “(...) hospitalización de personas que se encuentren en situación de intemperie completa, aún sin que éstas presten su consentimiento siempre que su capacidad de juicio se encuentre afectada como consecuencia de una descompensación de su patología psiquiátrica o por el consumo de sustancia psicoactivas”. Agrega en cuanto a las causas de la hospitalización que “(...) el hecho de no hospitalizarlas pueda determinar un deterioro considerable de su salud o impedir que se le proporcione un tratamiento médico adecuado que sólo pueda aplicarse mediante dicha hospitalización”. En cuanto al post-hospitalización “(...) los procesos de abordaje deberán cumplir con la normativa prevista en la Ley N° 19.529, de 24 de agosto de 2017”.

En un informe de la Facultad de Psicología – UdelaR del diario El País, del 27 de febrero del actual año, Cunha director actual del Programa Calle dice: “Lo separamos de la ley de salud mental porque esa ley tiene carácter universal, es horizontal para toda la población. Esto es una política focalizada en nuestra población. Entendemos que las

características de atención que necesitan son diferentes”. (El País, 2022) Según refiere el proyecto de ley presentado el 17 de febrero para reformular la ley 18.787, después de que se efectúa la internación involuntaria entra en vigencia la Ley de Salud Mental 19.529. Negrin (Profesora agregada del Departamento de Toxicología de la Facultad de Medicina) en este mismo informe alega que no cree en estas soluciones a corto plazo, además de que es difícil determinar si la persona que está en situación de calle tiene un problema psicológico, psiquiátrico o de consumo de sustancias. Y agrega “con esta medida, va a ser peor el remedio que la enfermedad. Enviarlos en forma obligatoria a la emergencia de un hospital haría que se recargue el sistema sanitario”. Ruíz, Licenciado en Psicología con experiencia en drogadicción asimismo refiere que:

“Lo que la evidencia muestra es que se trata de una práctica ineficiente y ha dejado de utilizarse en el mundo (...) Una persona tomó medio litro de alcohol rectificado, está delirando, insultando. Eso puede verse como un peligro para los demás porque puede hacerle algo a alguien o puede lastimarse a sí mismo. Ahora, internar a esa persona compulsivamente no parece ser muy razonable, considerando que va a haber que ejercer la fuerza (...) Van a un hospital público, al Maciel por ejemplo. Dicen que tienen un cuadro de adicción, pero no hay muchas herramientas”

El País, entrevista del 27 de febrero del 2022.

Ruíz, define esta situación como “puerta giratoria”, dado que tanto el Portal Amarillo en donde se deben de atender las personas con problemas de consumo de sustancias, como el Hospital Vilardebó el encargado actualmente de las internaciones por problemas de salud mental, están saturados. Otro profesional, el cuál pide no ser identificado, refiere que entonces, el problema está en los escasos recursos para

solucionar la problemática, refiere que lo que se “ataca” es la emergencia. Por otro lado, la intervención con estos sujetos es de una respuesta de mejora inmediata, ya que, al estar en estos dispositivos, tienen una leve mejoría a nivel salud, pero cuando el médico tratante le da el alta médica la persona vuelve a estar en la calle, no habiendo otra solución como, por ejemplo, habitacional, vincular a su alcance.

La Ley de Salud Mental 19.529 legaliza la internación involuntaria, pero con algunos pasos a seguir, en el artículo n°30 (hospitalización involuntaria) se deja saber que:

La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

- A) Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.
- B) Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

Ley 19.529, art. N°30, 2017

Agrega que es el Poder Ejecutivo quién dictará cuales son las situaciones de riesgo inminente. En el artículo n°31 trata de las formalidades de la hospitalización involuntaria, y dicta que la misma tiene que ser abalada por un familiar, representante legal o allegado, sino existiera debería ser presentado por dos profesionales sin vinculo estrecho con el sujeto. En el artículo n°32 sobre la carga de la notificación dice:

Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental,

la institución Nacional de Derechos Humanos y al Juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

El Juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida

*LEY 19.529, art. N°32, 2017.*

La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, se crea en esta misma Ley en el Capítulo VI – Órgano del Contralor, artículo n° 39, *Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.* Los cometidos de la misma, artículo n° 40 son: controlar el cumplimiento de la ley, supervisar por oficio o denuncia las condiciones de los sujetos hospitalizados por salud mental, solicitar información al Sistema Integrado de Salud sobre las condiciones en la atención de salud mental, controlar el tiempo de las hospitalizaciones, velar por los derechos de las personas que son declaradas inimputables o incapacitadas, inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados de hospitales psiquiátricos, recibir y dar trámite a las denuncias sobre el funcionamiento del hospicios, requerir la intervención judicial o de otros organismos competentes, realizar recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar de las instancias de discusión sobre las normativas, informar asiduamente al mencionado Ministerio sobre las evaluaciones realizadas y proponer modificaciones si lo amerita, difundir información

sobre salud mental en conjunto con la Institución de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, por último, hacer su reglamento interno.

Algunas Asociaciones de la Sociedad Civil, ONGs, la academia, entre otros, destacan que esta Ley tiene como fuerte la creación de este órgano de contralor, dado que oficiara de regulador de las condiciones humanas sobre las que se forja la hospitalización y tratamiento ambulatorio de las personas que tienen algún problema de salud mental. Dado el desarrollo de la importancia de las competencias establecidas por la Ley 19.529 de este órgano, lo que compete aquí es la relevancia que tiene para la internación compulsiva. Como lo estipula la misma, después de dada la internación será notificado a el órgano de contralor en las veinticuatro horas siguientes a la misma. Sin embargo, este Órgano, está acéfalo desde setiembre. Según una publicación de La Diaria del 14 de marzo del 2022 la causa de ello es la falta de presupuesto que tiene esta Ley. En esta misma publicación diversas fuentes son entrevistadas, entre ellas el Frente Antimanicomial, el cuál denuncia esta situación insistiendo en que ya se ha dado aviso al Poder Ejecutivo de este escenario pero que no han obtenido respuesta del mismo.

Esto implica que las personas que están atravesando un problema de salud mental, no tienen donde acudir si sucediese alguna situación denunciante, además que no existe un órgano que controle las situaciones de abuso hospitalario si hubiera, no se fiscaliza el contexto del mismo. Principalmente, y lo que atañe a esta monografía no hay quién fiscalice las internaciones compulsivas, destacando así la falta de otra mirada sobre esta temática.

Importante resaltar que la Ley 18.787 refiere a que las personas de cualquier edad en situación de intemperie completa pueden ser hospitalizadas involuntariamente, con la

presencia del MIDES, Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud Pública, y con la certificación de un médico psiquiatra, sin embargo, la Ley 19.529 refiere en el artículo n°34 (Hospitalización de niñas, niños y adolescentes)

“El Juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley N° 19.149, de 24 de octubre de 2013.”

LEY 19.529, art. N° 34, 2017.

Según el gobierno de turno, el espíritu de este proyecto de ley, es socio-sanitario. Como pretendí vislumbrar, en ningún momento, a mi entender, se nombra lo “social”. El abordaje técnico del Equipo Calle para estas intervenciones son solicitar al equipo médico del SAME 105 o al médico psiquiatra del MIDES su informe. Por lo tanto, es más bien una medida higienista o “sanitaria”. Como se vio en capítulos anteriores, en el devenir de la historia, las soluciones a las problemáticas del vagabundeo, hoy situación de calle, y a la locura es el encierro. No hay medidas sociales escritas en el proyecto de ley para una intervención socio-educativa si se quiere, o de inserción en sociedad de esas personas. Tampoco, existe una protección del individuo en cuanto la internación, ya que el órgano de contralor que estipula la Ley de Salud Mental es prácticamente hoy, inexistente. Nombrar que atenta la decisión del individuo en primera instancia a ser atendido, calificándolo como un grupo social diferente, un diferente ciudadano.

En el siguiente capítulo abordaré brevemente las circunstancias de nuestra profesión en base a la reglamentación del Trabajo Social en Uruguay en cuanto las internaciones compulsivas.

## Capítulo V

### Trabajo Social: nuestras intervenciones

Según la Ley 19.778 el Trabajo Social es:

“(…) una profesión universitaria basada en una práctica y disciplina del campo de las Ciencias Sociales. Promueve la dignidad y el desarrollo humano, la participación y el acceso real a los derechos y bienes sociales, materiales y culturales producidos socialmente sin discriminación basada en género, edad, orientación sexual, origen étnico-racial o socio-económico, filiación religiosa o política, discapacidad, ni de ninguna otra índole.”

*LEY 19.778, art. N° 3, 2019*

Según Margarita Rozas (2010) la política social es “un conjunto de instrumentos orientados a la compensación de las desigualdades sociales generadas en el ámbito de la esfera económica” (p.45). Siguiendo con la autora, refiere a que los problemas sociales, no dependen únicamente del profesional, sino que de un trabajo colectivo “(…) en el marco del conjunto de las relaciones sociales marcado por su carácter de asalariados cuya relación contractual exige la prestación de determinados servicios”. (p.48). En otras palabras, somos como profesionales o futuros/as profesionales, al fin y al cabo, asalariados/as con contratos que nos exigen que debemos hacer determinadas intervenciones. El/La profesional localiza entonces, su mercado de trabajo en el Estado, siendo los primordiales ejecutores de las políticas sociales. La intervención del Trabajo Social, evidencia la práctica de una determinada situación en las políticas sociales. (Netto, 1992) El Trabajo Social, trabaja con la cuestión social, y es así como “(…) en ese terreno

movidos por intereses sociales distintos, de los cuales no es posible abstraerse ni huir, porque constituyen la vida en sociedad.”. (Iamamoto, 2003, p.41). Sin embargo, el Trabajo Social, aunque al servicio del “gobierno de turno”, no está condenado a ser el *bastón* de apoyo del mismo. Montaña (1998) sostiene que el profesional corre con la misma suerte que las políticas sociales, en cuanto a la precariedad, la desregulación y la desresponsabilización del Estado, tenemos, así como ejemplo las contrataciones por tercerización, como lo es el Equipo Calle y otras tantas.

"(...) sin la regulación del Estado los estatutos profesionales se tornan absolutamente inestables, en este sentido los procesos de desregulación laboral, colocan a las profesiones que habían logrado cierta legitimidad en el período anterior en un grado de inestabilidad extrema.

Bentura et al, 2002, p. 70-71

Debemos tener en cuenta, tal como lo explicita Rozas, que nuestra intervención es política, por lo tanto, debemos tener las herramientas adecuadas para otra lógica de intervención. La misma, implica una “(...) ruptura con la concepción del trabajo social como una prolongación asistencia organizada (...) restituye el carácter político de lo social que es necesario para toda acción profesional.” (p.48)

Es nuestro deber ser, en tanto así también se explicita en las obligaciones de nuestra profesión estipuladas en el artículo n°8 de la reglamentación de la Ley 19.778, las manifestaciones de la cuestión social, problematizar las trayectorias de vida de los sujetos y los procesos de exclusión, las cuales se agravan y complejizan cuando el neoliberalismo asume las políticas. (Rozas,2010).

“(…) el Trabajo Social no sólo trata de investigar, comprender y explicar los fenómenos, sino que interviene sobre éstos, en la búsqueda de alternativas en las circunstancias y hechos donde es convocado a intervenir.”

Carballeda, 2013, p. 54

En ese sentido, es fundamental comprender la intervención en su tejido, “lo social” no puede dissociarse de las inestables situaciones culturales, políticas y económicas. La misma es transversalizada por actores, instituciones por un marco político en un momento histórico dado.

Rozas (1998) sostiene que el Trabajo Social tiene el potencial de revelar la naturaleza conflictiva de los problemas sociales y contemplar expresiones actuales manteniéndose cerca de la vida del sujeto. Este razonamiento constituye el dominio del problema de la profesión, y entenderlo como multidimensional. Interpretar, comprender y orientar la intervención en conjunto.

Las condiciones en las que se da la intervención profesional con las personas que están en situación de intemperie es compleja. Al abordarla, no existe un lugar privado ya que se está en la vía pública, por lo tanto, la privacidad de lo que se hable allí es nula. En situaciones complejas donde la persona está rodeada de vecinos/as, los mismos salen de sus casas para abordar al equipo técnico y cuestionarlo sobre sus decisiones, o comentar lo que hace el individuo, en otras palabras, estigmatizarlo. Por otro lado, las capacidades materiales del Equipo Calle, son nulas. Las personas la mayoría de las veces tiene hambre, desean ir a un baño, o bañarse, una cama, etc. De acuerdo con Rozas (1998), debemos tener en cuenta la teoría de los intereses, para la construcción de nuestro objeto. Cuestiones que, como profesionales, no podemos pasar por alto. En este sentido, es

indispensable “(...) aprehender el carácter de clase de las organizaciones en las cuales trabaja el profesional (...) condición para desvendar el significado de esa institución y los efectos sociales de la práctica de sus agentes” (Iamamoto, 1997, p. 149)

Cabe destacar brevemente los efectos de las lógicas del nuevo gobierno neoliberal en efecto y el nuevo escenario social, político, económico y cultural; y sus alcances en el Trabajo Social.

"Se hace cada vez más evidente los efectos perversos del neoliberalismo en el conjunto de la sociedad, por ejemplo: desocupación creciente, aumento de la pauperización y de las desigualdades sociales, polarización entre las diferentes clases sociales y países, deterioro creciente de la calidad de vida de los sectores trabajadores, etc."

Pastorini, 2001, p.124.

Uno de los principales objetivos de esta lógica neoliberal, es la focalización, precarización y desde luego los recortes presupuestales, que como consecuencia repercute en los estratos sociales más bajos. (Pastorini, 2001). Las políticas focalizadas son el ecosistema ideal para las prácticas asistencialistas, ya que, fomentan la pobreza.

En la Internación Compulsiva, como se explicitó en el capítulo anterior, el espíritu del proyecto de ley es socio-sanitario. Sin embargo, en ningún momento, se nombra la necesidad de un informe social. El informe social según la Ley 19.778 artículo n°6, es una competencia exclusiva del Trabajo social

El informe social y el estudio que se realiza sobre la situación social de personas, familias, grupos, poblaciones u organizaciones. La expresión "informe social" refiere específicamente a todo informe que los profesionales realizan sobre la situación social

de individuos y familias, con el objetivo de efectivizar derechos, dar cuenta de intervenciones sociales realizadas en procesos institucionales, obtener prestaciones y beneficios en el marco de políticas sociales y a los efectos de emitir opinión fundada - parecer técnico- en actividades periciales a requerimiento de juzgados y fiscalías. En la elaboración de dicho informe, el profesional tendrá autonomía técnica dentro de la normativa vigente.

LEY 19.778, art. N° 6, 2019.

La profesión queda relegada a mi entender, a la génesis del trabajo social – uruguayo, como asistente del médico-, ya que como se estipula, debe de dar aviso a un médico psiquiatra, a un médico general, quien dará su informe profesional sobre la situación. Fernández (1999) entiende que para superar esto, el profesional debe tener una mirada crítica de la sociedad capitalista, tiene que elaborar propuestas innovadoras que quiebren con las prácticas burocráticas y reiterativas, que, subordinan el trabajo social al capital.

Es en este sentido, como refiere Netto (1996)

"(...) se confrontan dos 'paradigmas' de profesional: el técnico bien adiestrado que va a operar instrumentalmente sobre las demandas del mercado de trabajo tal como ellas se presentan, o el intelectual que, con calificación operativa, va a intervenir sobre aquellas demandas a partir de su comprensión teórico-crítica, identificando la significación, los límites, y las alternativas de la acción focalizada"

Netto, 1996, p.26

Se dan a lugar una doble dinámica, en la que el/la profesional queda como ejecutor de un Programa determinado, en este caso el PASC, y como actor de sus subjetividades,

para esto, será necesario una perspectiva que integre el territorio con la teoría y que a su vez sea capaz de orientar la intervención hacia la capacidad de transformación de los propios actores. (Rozas, 1998)

La intervención del Trabajo Social se presenta inexorablemente como un espacio de permanente reflexión, ya que, no se trata solo de gestionar recursos sino de acrecentar y mejorar las condiciones de acción de una profesión que requiere conocer más profundamente la realidad y desde allí intentar generar transformaciones.”

Carballeda, 2013, p. 9

Debemos apropiarnos de nuestro carácter político como profesión, pudiendo dar aún más legitimidad a nuestro saber, y a nuestra palabra. El accionar y la ejecución de las políticas sociales y las respuestas estatales sobrepesan en nuestra profesión. Es por ello que debemos, en mi opinión ser críticos y revisar constantemente nuestras prácticas, involucrándonos con la realidad social, el contexto social, político y económico de nuestro país. Para vislumbrar las realidades posibles de las personas con las cuales trabajamos.

## Reflexiones finales

Esta monografía no intenta dar una respuesta a la problemática, como pretendí desarrollar en ella, sólo deja más preguntas que respuestas.

El paso de la historia sobre el vagabundeo y la locura, nos indica que un mínimo ha cambiado. El punto de inflexión para la historia uruguaya de la *locura* es la Ley de Salud Mental 19.529 aprobada en 2017, ha sido un gran avance para los derechos de las personas que tienen problemas de salud mental. Sin embargo, aún queda mucho camino por andar, la Ley necesita presupuesto para poder funcionar adecuadamente, y así, sostener una vida digna para las personas que utilizan el servicio y aquellas que lo utilizarán.

La situación de calle, por otro lado, trate de demostrar que es un tema multifacético, y que la solución claramente no está en la internación sin consentimiento. Necesitamos políticas sociales que favorezcan la dignidad de las personas, dándoles respuestas reales, oportunidades y acceso a los derechos. La salud, sin dudas, es un derecho, pero sin consentimiento, con violencia, no es la solución, simplemente es una fachada para ocultarlos a la vista de todas/os.

Por último, y rotundamente no menos importante, nuestra profesión: el Trabajo Social. Debemos como profesionales resguardar y asegurar los derechos para todas/os. Tenemos que tener una mirada crítica sobre nuestra intervención profesional.

El debate sigue abierto, y las preguntas son: ¿Qué pasa después de la internación?, ¿Cuál es la solución a la puerta giratoria?, ¿Cómo debemos denunciar como profesionales estas intervenciones?

## Bibliografía

- Amico, L (2005) “La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención”. Espacio, Buenos Aires.
- Becker, H. (2009). “Outsiders”. Hacia una sociología de la desviación. Siglo XXI Buenos Aires.
- Bentura et al (2002) “Reforma del Estado. Construcción de un marco explicativo.” En: Rev. Trabajo Social n°25. Eppal. Montevideo.
- Berriel, A (2015) “Relevamiento de las estrategias de intervención en el uso problemático de drogas en centros nocturnos nivel II (MIDES-PASC)” Facultad de psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Cabrera, P y Rubio, M (2008) “Las personas sin hogar”. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración n°5. España.
- Carballeda, A. (2013) “La intervención en lo social: Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales”. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Carra, P (2021) “La respuesta del Estado Uruguayo a personas en situación de calle; una mirada desde el PASC. Tesis de grado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Caras y Caretas (03 de octubre, 202) “Polémica por cierre del Observatorio del Mides: No tienen códigos, aseguró Labat”.  
Recuperado: <https://www.carasycaretas.com.uy/polemica-por-cierre-del-observatorio-del-mides-no-tienen-codigos-aseguro-labat>
- Cassarotti, H (2007) “Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en Uruguay”. Revista de psiquiatría, Uruguay.

- Castel, R (1980) “El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo. Las Ediciones de la Piqueta, Madrid, España.
- Castel, R (1986) “De la peligrosidad al riesgo.” Ediciones La Piqueta, Madrid, España.
- Castel, R (1997) “La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado”. Paidós, Buenos Aires.
- Ciapessoni, F (2013) “Recorridos y desplazamientos de personas que habitan refugios nocturnos”. Tesis de maestría, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Domínguez, G (2019) “¿Personas en situación de calle u ocupantes indebidos del espacio público?: La nominación oficial y sus consecuencias en la intervención social. Fronteras n°12. Uruguay.
- El observador (15 de agosto, 2012) “Usan ley de internación compulsiva solo para persuadir a los indigentes”. Recuperado en: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/19566/usan-ley-de-internacion-compulsiva-solo-para-persuadir-a-los-indigentes>
- El observador (20 de mayo, 2021) “Gobierno reglamentará ley del gobierno de Mujica para internar a personas de la calle en riesgo de muerte”. Recuperado: <https://www.elobservador.com.uy/nota/gobierno-reglamentara-ley-del-2011-para-internar-a-personas-de-la-calle-en-riesgo-de-muerte-202151914440>
- El País (Domingo 27 de febrero, 2022) “De la intemperie al hospital: así es el polémico plan para internar de forma compulsiva a los adictos”. En:

<https://www.elpais.com.uy/que-pasa/intemperie-hospital-asi-polemico-plan-internar-forma-compulsiva-adictos.html>

- Fernandez, S “Neoliberalismo, matriz asistencial y Trabajo Social: Reconstrucción crítica de la acción profesional. En: Servicio social y Sociedad. Año XX n°60. Cortez, Sao Paulo
- Foucault, M (1990) “Historia de la medicalización”. Ediciones de la Piqueta. Madrid, España.
- Foucault, M (1996) “El sujeto y el poder” Revista de Ciencias Sociales, v.11, n.12, pp. 7-19.
- Foucault, M (2014) “Historia de la locura en la época clásica Tomo I” 2da Ed. Fondo de cultura económica, Buenos Aires, Argentina.
- Fundación Gente de la Calle (s/f) “Personas en situación de calle y Derechos Humanos”.  
Recuperado: [https://www.gentedelacalle.cl/situacion-de-calle-y-derechos-humanos/#:~:text=Las%20personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20calle%20entendidas%20como%20aquellas%20que,funci%C3%B3n%20\(no%20incluye%20campamentos](https://www.gentedelacalle.cl/situacion-de-calle-y-derechos-humanos/#:~:text=Las%20personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20calle%20entendidas%20como%20aquellas%20que,funci%C3%B3n%20(no%20incluye%20campamentos)
- Garland, D “Castigo y sociedad moderna: un estudio de teoría social”. Siglo XXI, México DF.
- Goffman, E (1963) “Estigma, la identidad deteriorada”. Amorroutu, Buenos Aires, Argentina.
- Goffman, E (2001) “Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Amorroutu, Buenos Aires, Argentina.

- Grupo Multimedia (19 de febrero, 2022) “MIDES entregó proyecto de internación compulsiva de adictos en situación de calle”.

Recuperado: <https://www.grupormultimedia.com/mides-entrego-proyecto-de-internacion-compulsiva-de-adictos-en-situacion-de-calle-id1007312/>

- Huletche, A y Delgado, L “Yo soy y no quiero ser. Acerca de una discriminación y la certeza en la función social de la locura: Una mirada desde el poder. Espacio, Buenos Aires, Argentina.
- Iamamoto, M (1997) “Servicio Social y división del trabajo”. Cortez, Sao Paulo.
- Kessler, G (2012) “Las consecuencias de la estigmatización territorial: Reflexiones a partir de un caso particular.” Espacios en blanco, Serie indagaciones, vol.22, n.1.
- La Diaria (22 de junio, 2022) “Ley de Salud Mental en Uruguay: cinco años sin presupuesto.

Recuperado: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/6/ley-de-salud-mental-en-uruguay-cinco-anos-sin-presupuesto/>

- Ley 18.787 de 2011, Prestación de asistencia obligatoria por parte del Estado a las personas en situación de calle, 27 de julio del 2011.

Recuperado: <http://impo.com.uy/bases/leyes/18787->

- Ley 19.529 de 2017, Ley de Salud Mental, 24 de agosto de 2017.

Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

- Ley 19.120 de 2013, Modificación del código Penal, 28 de agosto del 2013.

Recuperado: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19120-2013>

- López, M (2008) “La integración de las Habilidades Sociales en la escuela como estrategia para la salud emocional. Colegio Profesional de Psicólogos/as de Costa Rica.
- Mantilla, M (2010) “Riesgo, Peligrosidad e Implicación subjetiva: Un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en Buenos Aires.” Interface. Vol 14 n°32
- Ministerio de Desarrollo Social (Julio-agosto, 2011). "Programa de atención a las situaciones de calle".

Recuperado: <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/35507/1/atencion-a-situaciones-de-calle.-diagnostico-de-situacion-y-capacidades-de-los-centros-de-atencion.-2011-.pdf#:~:text=El%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20a,ruinosas%20y%20sin%20servicios%20b%C3%A1sicos.>

- Ministerio de Desarrollo Social (31 de julio, 2020) “Relevamiento de personas en situación de calle.

Recuperado: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/comunicados/relevamiento-personas-situacion-calle-montevideo>

- Ministerio de Desarrollo Social, (19 de febrero, 2019)

Recuperado: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/informacion-gestion/informacion-publica/direccion-nacional-evaluacion-monitoreo-dinem#:~:text=La%20Direcci%C3%B3n%20Nacional%20de%20Evaluaci%C3>

[%B3n%20y%20Monitoreo%20\(DINEM\)%2C%20tiene.mejorar%20la%20impl  
ementaci%C3%B3n%20y%20el](#)

- Ministerio de Desarrollo Social (2020), “Cantidad de personas en situación de calle según departamento por tipo de situación. Total País”.

Recuperado: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/cantidad-personas-situacion-calle-segun-departamento-tipo-situacion-total-pais>

- Ministerio de Desarrollo Social (15 de mayo, 2021) “Plan Nacional de contingencia para personas en situación de calle. Invierno 2021”.

Recuperado: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/comunicados/plan-nacional-contingencia-para-personas-situacion-calle-invierno-2021>

- Ministerio de Desarrollo Social (Enero, 2020) “Panorama general sobre la situación de calle: definición y caracterización del problema a partir de los estudios realizados en el MIDES”.

Recuperado: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/1693.pdf>

- Montaña, C “El Servicio Social frente al neoliberalismo. Cambios en su base de sustentación funcional-laboral”. En: Rev. Fronteras n°3. Departamento de Trabajo Social, Montevideo.
- Muñoz, M et al (2009) “Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental”. Complutense, S.A, Madrid, España.

- Netto, J (1996) “ "Transformacoes societárias e Serviço Social. Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil". En: Serviço Social & Sociedade. Año XVIII N° 50. Ed. Cortez. Sao Paulo.
- Pastorini, A (2001) “Políticas sociales y Servicio Social en el escenario neoliberal. En: Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea. Montevideo.
- . Pegoraro, J (s/n) “La relación del orden social y la criminalización de los pobres”
- Rodríguez, M (2004) “El capitalismo arremete: criminalización de la pobreza”. OSAL año V n°14, CLACSO, Buenos Aires, Argentina.
- Rozas, M (2010) “La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad contemporánea”. O Social em Questao, ano XIII N°24.
- Sambor, G (2016) “Criminalización de la pobreza: criminalización de jóvenes de sectores populares como consecuencia de trayectorias sociales de marginación”. I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo, Argentina.
- Techera et al (2009) “La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay”, grupo Arte y Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Terradillos, J (1981) “Peligrosidad Social y estado de derecho”. Akal, España.
- Zaffaroni, E et al (2005) Manual de Derecho Penal. Parte General. Editorial Ediar. Buenos Aires.
- 970 Universal (18 de Febrero, 2022) “MIDES entregó proyecto de ley para internación compulsiva a personas en situación de calle. En:

<https://970universal.com/2022/02/18/mides-entrego-proyecto-de-ley-para-internacion-compulsiva-a-personas-en-situacion-de-calle/>