

The background of the entire page is a photograph of numerous stacks of newspapers. The stacks are piled high, with some papers fanned out, creating a sense of volume and abundance. The lighting is somewhat dim, giving the scene a historical or archival feel. The text is overlaid on a semi-transparent white rectangular area in the upper half of the image.

Germán Dorta

## Prensa y salud mental en Uruguay

El discurso profesional en la  
prensa escrita y las relaciones  
de poder en torno al proceso de  
desinstitucionalización (2015-2017)

PRENSA Y SALUD MENTAL  
EN URUGUAY

El discurso profesional en la prensa escrita  
y las relaciones de poder en torno al proceso  
de desinstitucionalización (2015-2017)



Germán Dorta

PRENSA Y SALUD MENTAL  
EN URUGUAY

El discurso profesional en la prensa escrita  
y las relaciones de poder en torno al proceso  
de desinstitucionalización (2015-2017)

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (csic) de la Universidad de la República.

Los libros publicados en la presente colección han sido evaluados por académicos de reconocida trayectoria en las temáticas respectivas.

La Subcomisión de Apoyo a Publicaciones de la csic, integrada por Luis Bértola, Magdalena Coll, Mónica Lladó, Alejandra López Gómez, Vania Markarian, Sergio Martínez y Aníbal Parodi ha sido la encargada de recomendar los evaluadores para la convocatoria 2020.

Producción editorial del equipo de Ediciones Universitarias:  
Equipo de Ediciones Universitarias (diseño de interior)  
Andrea Duré (diagramación de interior y tapa)  
Nairí Aharonián Paraskevaídís y Victoria Zabala (revisión de textos)

© Germán Dorta, 2021

© Universidad de la República, 2024

Ediciones Universitarias,  
Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (ucur)

José Enrique Rodó 1866

Montevideo, CP 11200, Uruguay

Tels.: (+598) 2408 5714 - (+598) 2408 2906

Telefax: (+598) 2409 7720

Correo electrónico: <ucur@udelar.edu.uy>

<<https://udelar.edu.uy/portal/institucional/comunicacion/ediciones-universitarias/>>

ISBN: 978-9974-0-2135-8

e-ISBN: 978-9974-0-2137-2

# Contenido

PRESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN BIBLIOTECA PLURAL, <i>Rodrigo Arim</i> .....	9
AGRADECIMIENTOS.....	15
PRÓLOGO, <i>Mariana Achugar</i> .....	17
INTRODUCCIÓN.....	21

## Capítulo 1

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN.....	27
Antecedentes.....	27
Fundamentación.....	35

## Capítulo 2

PRECISIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS.....	37
Precisiones teóricas.....	37
Advertencias para no desorientarnos: indicaciones metodológicas.....	47

## Capítulo 3

EL DISCURSO PROFESIONAL EN <i>EL PAÍS</i> .....	61
<i>El País</i> y la atención en salud mental.....	63
El jefe médico: ordenar, administrar y dirigir.....	74
El bienestar de la población y dispositivos de seguridad.....	81
Hospital penitenciario: ¿Cambio de atención en salud mental?.....	103
Conclusiones.....	110

## Capítulo 4

ANÁLISIS DEL DISCURSO PROFESIONAL EN <i>LA DIARIA</i> .....	115
<i>La Diaria</i> y la atención en salud mental.....	117
Extinción de una jauría de perros y muerte de una persona en la colonia Etehepare: el trágico comienzo de un cambio.....	133
Estamos condenados a pensar en términos de libertad.....	137
Los derechos humanos: ¿Una forma de armonizar derecho internacional y derecho interno?.....	142
La bandera del trastorno mental y el <i>chacrismo</i> disciplinario.....	150
Las acciones extramanicomiales en salud mental y el hospital penitenciario.....	159
Conclusiones.....	172

## Capítulo 5

EL DISCURSO PROFESIONAL SOBRE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN SALUD MENTAL: INTERTEXTUALIDAD ENTRE <i>LA DIARIA</i> Y <i>EL PAÍS</i> .....	175
La izquierda y la salud mental.....	177
El cambio en salud mental: entre el lenguaje del mundo sanitario-penitenciario y el lenguaje del mundo comunitario.....	188
La escena del drama social: La guerra por la vida humana.....	198
Un modo de gobierno a través de la garantía de derechos o desde la concepción de <i>trastorno</i> .....	205
Conclusiones.....	214

## Capítulo 6

CONCLUSIONES FINALES.....	217
Discursos profesionales.....	217
Prensa escrita.....	219
Dispositivo de seguridad.....	220
Gubernamentalidad y atención en salud mental.....	222
BIBLIOGRAFÍA.....	223

## Presentación de la Colección Biblioteca Plural

Vivimos en una sociedad atravesada por tensiones y conflictos, en un mundo que se encuentra en constante cambio. Pronunciadas desigualdades ponen en duda la noción de progreso, mientras la riqueza se concentra cada vez más en menos manos y la catástrofe climática se desenvuelve cada día frente a nuestros ojos. Pero también nuevas generaciones cuestionan las formas instituidas, se abren nuevos campos de conocimiento y la ciencia y la cultura se enfrentan a sus propios dilemas.

La pluralidad de abordajes, visiones y respuestas constituye una virtud para potenciar la creación y uso socialmente valioso del conocimiento. Es por ello que hace más de una década surge la colección Biblioteca Plural.

Año tras año investigadores e investigadoras de nuestra casa de estudios trabajan en cada área de conocimiento. Para hacerlo utilizan su creatividad, disciplina y capacidad de innovación, algunos de los elementos sustantivos para las transformaciones más profundas. La difusión de los resultados de esas actividades es también parte del mandato de una institución como la nuestra: democratizar el conocimiento.

Las universidades públicas latinoamericanas tenemos una gran responsabilidad en este sentido, en tanto de nuestras instituciones emana la mayor parte del conocimiento que se produce en la región. El caso de la Universidad de la República es emblemático: aquí se genera el ochenta por ciento de la producción nacional de conocimiento científico. Esta tarea, realizada con un profundo compromiso con la sociedad de la que se es parte, es uno de los valores fundamentales de la universidad latinoamericana.

Esta colección busca condensar el trabajo riguroso de nuestros investigadores e investigadoras. Un trabajo sostenido por el esfuerzo continuo de la sociedad uruguaya, enmarcado en las funciones que ella encarga a la Universidad de la República a través de su Ley Orgánica.

De eso se trata Biblioteca Plural: investigación de calidad, generada en la universidad pública, encomendada por la ciudadanía y puesta a su disposición.

*Rodrigo Arim*

Rector de la Universidad de la República



*... si quiere luchar, aquí tiene  
algunos puntos clave,  
algunas líneas de fuerza,  
algunos cerrojos y algunos obstáculos.*

*En otras palabras, me gustaría  
que esos imperativos no fuesen  
otra cosa que indicadores tácticos*

Foucault, 2006, p. 18



*A la memoria de todos aquellos  
que lucharon y luchan para que el  
manicomio sea solo un triste recuerdo*



## Agradecimientos

A Mariana Achugar por su compañía constante y atenta a las vicisitudes de lo escabroso que tiene investigar.

A Nelson de León, amigo y compañero de trabajo, referente para una generación de jóvenes que hacen de su práctica profesional una forma de crear otros modos de vida.

A Adriana Miniño, que hace de la virtud algo no tan ajeno.

A mis padres, Jaqueline y Wiston, que dedicaron arduas jornadas de trabajo para que sus hijos puedan lidiar de la mejor forma posible en un mundo tan complicado. A Cata, mi hermana.

A mis compañeros de la UMA, que desde el 2015 venimos recorriendo las calles de Montevideo, y que encontramos en el precioso invento de formar una cooperativa el pretexto para seguir encontrándonos.

A los compañeros de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna; las rayas fueron una gran compañía en este trabajo.

A los compañeros de Sueños de Libertad; todavía recuerdo el revuelo institucional cuando elegimos el nombre.

A los compañeros de Riquísimo Artesanal, Fer, José Luis, Riqui, Rodolfo, Andrés, el eterno Juan Carlos. A Martín Leguizamo, amigo y militante de la salud mental, de esos anónimos que están dispuestos a ocupar los lugares menos visibles, aunque fundamentales.

A Paula por su sutil escucha

A mis amigos Dami y Seba; sus inclaudicables ideas son un aire necesario.

A Luciana, que en una irremediable noche de otoño empezó a poblar mis sentidos.

A la filosofía.



## Prólogo

La construcción del Otro y la diferencia importa porque sin ella no hay una esencia de la normalidad. Desde una perspectiva semiótica, es el contraste con este Otro, el opuesto, lo desviado, lo que permite construir lo que significa la *normalidad*. Las relaciones de poder entre los polos binarios de la oposición entre normalidad y anormalidad o entre discurso profesional y discurso lego se capta en esta diferencia en lo discursivo. En el discurso sobre ese Otro emerge un discurso social sobre lo que consideramos apropiado que se enuncia desde un lugar de legitimidad que se atribuye socialmente al discurso profesional. Ese hablar por otros es mediado por un lugar de poder que define sin dar voz a los sujetos representados. Ese hablar por otro autorizado socialmente tiene doble legitimación al ser usado como fuente y referencia en la prensa escrita. Los medios ponen en circulación y apelan al lenguaje profesional para hablar de Otros a través de la voz autorizada de los profesionales de la ciencia. El problema de hablar por y sobre Otros<sup>1</sup> tiene que ver con cómo el lugar de enunciación afecta el significado y la veracidad o legitimidad que se le atribuye a ese discurso. También se relaciona con la cuestión de quién tiene legitimidad social para enunciar y definir la experiencia de Otros con menos poder. El discurso profesional de la medicina ha sido tradicionalmente la voz autorizada para hablar por Otros en temas relacionados con la salud mental. Es el discurso naturalizado como *verdad* sobre salud mental.

El Otro en el discurso sobre salud mental aparece como «loco» o «enfermo», alguien que históricamente en esta sociedad es aislado y excluido del grupo. El problema de este sistema de clasificación que distingue la salud mental de la enfermedad mental emerge cuando no es posible categorizar con facilidad a un exponente en uno de esos lugares sociales. Por ejemplo, pensar desde la perspectiva de derechos a la persona que experimenta un problema de salud mental no permite ubicarlo fácilmente en una de las opciones binarias de la jerarquía *sano/enfermo*. La Ley de Salud Mental (n.º 19.529), aprobada en 2017, produjo un cambio y una desestabilización en el sistema de categorización y orden social que distinguía entre sanos y enfermos mentales. Esa disrupción en la forma de darle sentido a la salud mental se refleja en el discurso profesional y en la forma en que la prensa utiliza diferentes recursos para introducir voces no tradicionales o de vanguardia en la manera de conceptualizar la salud mental. El cuestionamiento a la marca de la diferencia en ese Otro que experimenta una situación de salud mental se expresa de manera simbólica en cuestionamientos de la estigmatización y en propuestas que

---

1 Alcoff, L. (1991). The Problem of Speaking for Others. *Cultural Critique*, (20), pp. 5-32.

desafían prácticas excluyentes y discriminatorias como la institucionalización en estructuras asilares monovalentes.

La mirada de derechos que se introduce en el debate mediante la discusión de la ley de salud mental revela cómo se va dando una tensión entre la voz autorizada de la profesión médica en diálogo con la de movimientos sociales que demandan un reconocimiento de la obligación social de cuidar a otros y del derecho a ser cuidado por la comunidad. El reconocimiento de la persona que experimenta una situación de salud mental como sujeto de derechos y de la responsabilidad social de la comunidad en brindar apoyo destaca los aspectos sociales que han sido invisibilizados en el tratamiento tradicional de la enfermedad mental como un problema del individuo, sea esta una desviación social o una discapacidad biológica. Este debate público queda documentado en la cobertura que hace la prensa de esta temática en ese período, en particular en cómo se construye el concepto de *desinstitucionalización* como índice de un cambio de paradigma.

Este libro aporta al conocimiento sobre la incidencia del discurso profesional en el caso de las representaciones de la salud mental y, en particular, en los procesos de desinstitucionalización que se han dado en el país en los últimos años. Desde un abordaje de la filosofía de Foucault y su concepción de biopolítica junto con herramientas del análisis crítico del discurso se exploran mecanismos que se manifiestan en la forma en que se presentan a la sociedad el discurso profesional en las noticias en dos medios de prensa. El libro revela la presencia hegemónica que ha tenido el discurso médico en las conceptualizaciones de salud mental y las dificultades que deben enfrentarse para su transformación desde una mirada de derechos humanos.

El libro aborda cómo se construyen los discursos sociales sobre la salud mental en la prensa escrita en torno a la representación a los procesos de desinstitucionalización que promueve la nueva ley, sobre la base de textos publicados entre enero de 2015 y agosto de 2017 en *El País* y *La Diaria*. El trabajo es un aporte importante a las reflexiones sobre salud mental en el debate público, ya que no existen estudios con esta perspectiva en torno a los discursos que circulan en la prensa escrita sobre salud mental. La obra supone un valioso aporte, en tanto logra caracterizar con sólido fundamento teórico los tópicos que utiliza la prensa para encuadrar los discursos sobre salud mental en ese período. Existen dos concepciones dominantes en la prensa en este período que encuadran la discusión como un tema de derechos humanos o de trastorno mental. Como el autor señala, las formas de nombrar, evaluar y justificar ciertas representaciones de la salud mental tienen efectos en los procesos y relaciones sociales y en la forma en que se comprenden. Estas construcciones discursivas en los medios de prensa impactan el debate público y generan insumos para la elaboración de políticas públicas.

En este momento en que se reconoce la importancia de la de salud mental como problema social y vuelve a debatirse a nivel público cómo responder

a esta situación a través de políticas públicas, el libro nos brinda insumos, cuestionamientos y reflexiones para explorar este tema desde una perspectiva crítica y con una mirada de derechos humanos. El texto nos propone pensar las posibles consecuencias y operacionalizaciones de la desinstitucionalización como política pública si esta no va acompañada de garantías y monitoreo por parte las personas afectadas directamente por estos cambios. Las advertencias sobre cómo la desinstitucionalización puede transformarse en la ausencia del Estado mediante la privatización de los servicios o la falta de atención en una lógica neoliberal. ¿Cómo construir un significado de la desinstitucionalización que se traduzca en cambios en las relaciones de poder y no solo en la organización de lo patológico? La pregunta es, entonces, cómo las disputas por el significado de la desinstitucionalización se transforman en más derechos para las personas y en garantías para vivir una vida digna. El libro nos convoca a imaginar cómo construir prácticas discursivas que no borren o reinscriban jerarquías de poder al hablar por Otros o sobre Otros con el fin de generar nuevas formas más equitativas y justas desde el punto de vista social para distribuir la posibilidad de hablar y ser escuchado/a en debates públicos sobre salud mental.

*Mariana Achugar*  
Instituto de Comunicación  
Facultad de Información y Comunicación  
Universidad de la República



## Introducción<sup>2</sup>

*Los comienzos son siempre difíciles  
y esto rige para todas las ciencias*

Marx, 1867/2014b, p. 5

No debe haber existido época en la que no se haya intentado esbozar un discurso sobre cómo tratar con lo raro, lo diverso, lo desarmónico. Llámese locura, enfermedad mental, trastornos; toda sociedad, para constituir una identidad sobre sí misma, necesita establecer algún tipo de coordenadas para acordar qué mecanismos y procedimientos se deben emplear para reconocer y atender a todos aquellos que se le escabullen al principio identitario que intentamos establecer sobre lo que somos.

La sociedad uruguaya de principio del siglo XXI presenta diferencias con las medidas terapéuticas que, según el historiador uruguayo José Pedro Barrán (1994), eran fundamentales a principios del novecientos para sentar las bases del Uruguay civilizado. La separación de los enfermos de su medio familiar es una de estas, y permite identificar cómo aquellos reclusos para ser curados debían ser gobernados sobre todo por el discurso profesional de la medicina y estar en condiciones de aislamiento. Los médicos, que desplazaron a la iglesia católica de la conducción de los servicios de atención en salud, aparecían como los encargados exclusivos de gobernar al enfermo mental, al raro y al pobre. En este sentido, la arquitectura asistencial respondía a una estructura piramidal y asilar.

El discurso hegemónico de época apuntaba a vigilar y controlar los cuerpos de los locos en el contexto de un país que asentaba las bases institucionales de un Estado. Para esto, era necesario asumir «el nuevo deber de cuidar la salud del pueblo y se creyó capacitado para hacerlo de una manera más eficaz y menos confesional» (Duffau, 2013, p. 114). Los médicos condujeron el cuidado de aquellos hospitalizados que, además de locos, eran pobres. Al decir de Ariel Montalbán, director del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP), «se internaban personas no porque tuvieran patologías psiquiátricas, sino por una falta de recursos económicos y sociales» (en Muñoz, 2016d, § 3).

En el correr del siglo XX los acontecimientos que constituyen a la atención en salud mental en Uruguay son innumerables, pero algunos destacables

---

2 Este libro surge de la investigación llevada a cabo en el marco de la tesis *Biopoder y discurso profesional en prensa escrita. Apuntes para pensar los procesos de desinstitucionalización en salud mental*. La investigación está asociada a la Cátedra Unesco-Udelar de Derechos Humanos de la Universidad de la República y contó con el apoyo de la Comisión Académica de Posgrado de la Universidad de la República a través de la beca de finalización de estudios de posgrados (2020).

son el establecimiento de las llamadas *colonias de alienados*, en referencia a las colonias Etchepare y Santín C. Rossi; la aprobación de la Ley del Psicópata (Uruguay, 1936) —que establece una legislación sobre la atención de los enfermos mentales—; la creación del patronato del psicópata a través de la Ley n.º 11.139 (Uruguay, 1949), institucionalidad que expresa el lugar preponderante de la medicina en la conducción de los servicios de atención en salud mental, y la construcción del Plan Nacional de Salud Mental de 1986 en el marco de la reapertura democrática, donde se remarca la desorganización y pauperización de la atención psiquiátrica (Techera *et al.*, 2013).

En términos internacionales, los discursos de posguerras expresan semejanzas entre el campo de concentración y los lugares de encierro (Geneyro y Tirado, 2014), como el manicomio. No obstante, tenemos que esperar hasta el 2017 para que en Uruguay se establezca un cambio de legislación que exprese el cierre progresivo de las estructuras asilares y monovalentes (Uruguay, 2017), dada la proclividad de estas instituciones a vulnerar los derechos humanos de sus residentes (Rodríguez, 2007).

## La desinstitucionalización en salud mental en el debate público

El cambio en la conceptualización de la atención en salud mental planteado en la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017) indica un cambio en la orientación de los servicios en salud mental, que establece un espacio de intervención más amplio al tradicional manicomio. En este sentido, el siguiente libro busca contribuir al debate público sobre la atención en salud mental en Uruguay desde una perspectiva crítica y generar insumos para la elaboración de una política pública en salud mental que contemple los posibles efectos de la desinstitucionalización en salud mental.

Entendemos por *desinstitucionalización en salud mental* lo expresado en el artículo 37 de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017), de reciente aprobación:

proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Partimos de la pregunta orientadora: ¿cómo se construye la desinstitucionalización expresada en la Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017) desde el discurso profesional en la prensa escrita? Los objetivos específicos son:

1. identificar cómo se construye un cambio discursivo en la atención de la salud mental, tal como se expresa en el artículo 37 de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017);

2. sistematizar lo expresado por parte de los profesionales en salud mental (abogados, médicos, psicólogos) en la prensa escrita sobre la atención en salud mental, y
3. buscar cuáles son las referencias (políticas, teóricas, administrativas) en los discursos profesionales de la salud mental sobre el cambio de atención.

El repertorio de supuestos desde donde partimos le otorga importancia al discurso en tanto práctica social que construye realidad y no se ocupa solo de reflejarla. También sostenemos que todo discurso se constituye a través de relaciones entre textos y, por lo tanto, todo discurso es producto de una intertextualidad. En nuestro caso, el discurso profesional fue el elegido para identificar la construcción de la desinstitucionalización en salud mental, dada la importancia de los profesionales en salud mental en tanto discurso elite. Los profesionales de salud mental, al momento de generar un cambio en la conceptualización de la atención en salud mental, creemos que son un grupo privilegiado por su condición de ser en una sociedad los que «tienen “más que decir”, y por ende tienen también un “acceso preferencial a las mentes del público general”» (Van Dijk, 2002, p. 194).

La importancia del discurso profesional para generar una reorientación de los servicios de atención en salud mental tiene impactos en términos sociales. En este sentido, la prensa escrita de circulación masiva es un medio de comunicación fundamental para identificar las propuestas de los profesionales. La prensa escrita es un medio de comunicación de suma importancia en cuanto a salud mental, debido a que es una de las principales fuentes de información que tiene la población para instruirse en estos temas (Pérez Álvarez *et al.*, 2015).

Los profesionales de la salud mental tuvieron participación en el debate público en el período que antecedió (2015-2017) a la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017) en los diarios *La Diaria* y *El País*. Estos, de circulación masiva en Uruguay, y que expresan diferentes lineamientos ideológicos en sus editoriales, marcan gran parte de la agenda pública en cuanto a los temas de interés y sus énfasis interpretativos.

*El País* ha sido, desde su fundación en 1918, un medio de comunicación importante en la construcción de la realidad uruguaya. En lo referido a la temática salud mental en tanto temática social, *El País* da cuenta de una ideología conservadora (Coitiño, Queirolo y Triñanes, 2017). Esto se expresa al momento de la construcción y publicación de las noticias del periódico sobre salud mental, que privilegia ciertos contenidos y formas.

El periódico *La Diaria*, fue fundado en 2006 y está presente en las instancias parlamentarias que involucran al tratamiento de la temática salud mental en el período estudiado. Presenta una ideología progresista (Radakovich, Escuder, Morales y Ponce, 2013) e integra voces sobre la salud mental, como las provenientes de las organizaciones sociales y profesionales.

También *La Diaria* tuvo un seguimiento de todas las instancias parlamentarias que formaron parte del cambio de la legislación.

En ambos periódicos existe una mayor participación de los médicos en relación con el resto de los profesionales de la salud mental (psicólogos, abogados), que expresa la doble función de la medicina en los servicios de salud mental: la terapéutica, que se ocupa de la atención de las personas con problemas de salud mental, y la política, que dirige las instituciones pertenecientes a la salud mental.

## Discurso profesional en salud mental y biopoder

El discurso profesional, desde nuestra perspectiva, se compone de los textos de profesionales de la medicina, la psicología y el derecho (abogados), debido a que estas disciplinas son las que integran la comisión de contralor en salud mental según el artículo 39 de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017). Esta comisión tiene entre sus objetivos ser un mecanismo de contralor de las prácticas en la atención en salud mental. Por lo tanto, estas disciplinas son un apoyo técnico-profesional imprescindible en la aplicación del nuevo modelo de atención llamado desinstitucionalización (Uruguay, 2017).

Según Norman Fairclough (2008), las investigaciones de Michel Foucault sobre el cambio cualitativo de los mecanismos de poder en el pasaje de la sociedad premoderna a la modernidad son ineludibles para entender el lugar del discurso y el lenguaje en la sociedad contemporánea. La salud mental, entendida desde la definición de campo en tanto «lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí» (Baremblyt en Techera *et al.*, 2012, p. 18), da cuenta de la importancia de los discursos como articuladores o desarticuladores de los entrecruzamientos que forman el campo de la salud mental.

Los discursos en esta nueva conceptualización de la atención en salud mental, constituyen relaciones de poder donde se pone en juego la vida. Esta se concibe desde una anatomopolítica que busca administrar, vigilar y controlar los cuerpos y, en términos más amplios, se establece una biopolítica (Foucault, 2012) dirigida a la regulación y gestión de la población. En este libro invitamos al lector a identificar mediante nuestro análisis, cómo de un discurso sobre la atención en salud mental que apuntaba sobre todo a vigilar y controlar los cuerpos mediante el encierro en manicomios, se pasa a generar una conceptualización de la atención en salud mental que afirma en el discurso la necesidad de una atención en un espacio extrahospitalario. Creemos que esta reorientación de los servicios de atención en salud mental rompe con la centralidad del dispositivo disciplinar en la atención, aunque no podríamos afirmar que lo anula, sino que se establece una relación de complemento.

## Composición del libro y advertencia al lector

En el primer capítulo del libro se presentan los antecedentes y la fundamentación de la problemática, establecemos los campos de estudio dentro de los que se enmarca este trabajo y las razones que lo inspiran. Los estudios de biopoder y el análisis del discurso son los campos de investigación que constituyen nuestro trabajo sobre la construcción conceptual de la desinstitucionalización en salud mental. Nos parece necesario decodificar el discurso que se constituye en torno a la atención en salud mental, desde los mecanismos de poder puestos en juego al momento de establecer las relaciones de atención. El discurso, en este sentido, es un mecanismo de poder (Fairclough, 2008) en un marco de diferencias sociales que permiten el establecimiento de determinada hegemonía en un momento dado. El análisis crítico del discurso dentro de los estudios de análisis del discurso nos parece clave para identificar las tensiones en el discurso profesional sobre la atención en salud mental. Nuestra fundamentación se sostiene en razones políticas, profesionales y éticas.

En el segundo capítulo se explicitan nuestros supuestos teóricos y metodológicos, así como también nuestra posición sobre la temática. Desde la pregunta-problema, establecemos un análisis del discurso crítico (Fairclough, 1992), mediante un discurso que se constituye en el marco de relaciones de poder y hegemonía. Analizamos las textualidades que se relacionan para formar un discurso teniendo en cuenta los aportes de Charles Bazerman (2004) y decodificamos los tópicos que estos producen según la perspectiva de biopoder en Foucault (2012).

En el tercer capítulo se analiza la intertextualidad en *El País* de los textos profesionales que conforman el período 2015-2017 y refieren a la atención en salud mental. Por su parte, en el cuarto se lleva a cabo el mismo estudio en *La Diaria*.

En el quinto capítulo, se analiza la intertextualidad entre los textos profesionales en *El País* y *La Diaria* sobre la atención en salud mental. Estos forman parte de la antesala del artículo 37 de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017).

El sexto capítulo plantea las conclusiones finales a las que arribamos y nuevos problemas que se establecen.

A partir de ahora, el lector estará advertido de que este libro da cuenta de las dudas, las vacilaciones y los recorridos que un académico, desde sus instancias de militancia y estudio y bajo el amparo de ciertos principios metodológicos, ha intentado ilustrar sobre la construcción de los cambios discursivos en la atención en salud mental. Ahora, el lector debe habitar, mediante la lectura, los derroteros del presente texto.



# Antecedentes y fundamentación

## Antecedentes

En agosto de 2017 se aprueba en Uruguay la Ley de Salud Mental, que sustituye a la Ley de Atención al Psicópata de 1936, acontecimiento jurídico-político que marca nuevas orientaciones sobre la atención en salud mental. Según la nueva legislación, los servicios de atención en salud mental deben brindar una atención comunitaria (extrahospitalaria), lo que responde a un enfoque más amplio que el tradicional abordaje manicomial vigente hasta el momento.

En este capítulo daremos cuenta de algunos de los antecedentes que forman parte de nuestra investigación. Estos pertenecen al campo de estudio de la salud mental, entendida como un campo de problemas en construcción al que nuestra investigación sitúa bajo los ejes de biopoder y análisis del discurso. Los mecanismos de poder que configuran la atención en salud mental y el discurso como práctica social que forma parte de estos, constituyen las coordenadas por donde circula nuestra producción. Por otra parte, se expresan algunas razones que fundamentan la necesidad de investigar la conceptualización de la desinstitucionalización como modelo de atención en salud mental desde el discurso profesional en la prensa escrita.

## Biopoder y salud mental

La propuesta de reorientar los servicios de atención en salud mental (Geneyro y Tirado, 2014) surge en el período de posguerras, debido a que el manicomio se percibe como espacio de violencia y exclusión. Relacionar los problemas de la atención de los enfermos con la institucionalización manicomial hace que el manicomio sea «puesto en tela de juicio, como un espacio de violencia y exclusión» (p. 2682). Las condiciones institucionales, entre las que se destacan las manicomiales, y su incidencia en los procesos de cronificación de los padeceres han dado origen a innumerables corrientes de pensamiento crítico entre profesionales y en movimientos sociales conformados por organizaciones sociales y colectivos político-académicos.

Nos interesa señalar dos investigaciones que, pese a sus claras diferencias metodológicas, tienen una fuerte repercusión en el ámbito académico en la segunda parte del siglo xx por haber identificado los efectos de los servicios de atención en salud mental en sus usuarios. Las investigaciones de Erving Goffman en 1961 bajo el título *Internados* (2001) y las de Foucault en *La*

*Historia de la locura en la Época Clásica* (2010), cuya edición original es de 1964, son piezas imprescindibles en el establecimiento de un campo de estudio que interpela la configuración de los servicios de atención en salud mental y las repercusiones que estos generan sobre sus residentes.

En Goffman (2001), el problema está en «la situación del paciente internado» (p. 13), y consiste en «tratar de aprender algo sobre el mundo social de los pacientes hospitalizados, según ellos mismos lo experimentan subjetivamente» (p. 9). En cambio, en Foucault (2010), tenemos una investigación sobre las condiciones de visibilidad y enunciabilidad de la locura en la época clásica, indagación que supone establecer al manicomio como dispositivo disciplinar basado en una lógica panóptica. Ambos textos ponen en cuestión la importancia de la institución como modo de organización de una determinada concepción de sujetos, terapéuticas, relaciones de poder entre técnicos-internos, psiquiatras-locos, así como la formación de un discurso sobre los efectos institucionales en la atención a las personas.

En Uruguay, si bien se discute sobre las formas de tratamiento de las enfermedades mentales desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, como sostienen Andrés Techera *et al.* (2013), los acuerdos sobre la necesidad de la atención comunitaria en salud mental y el cierre progresivo de las estructuras asilares expresados en el artículo 37 de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017) no tienen precedentes.

Nelson de León y Juan Fernández (1996) llaman *desmanicomialización forzada*, a una modalidad de recuperación social de los pacientes psiquiátricos basada en la exclusividad de las voluntades y decisiones políticas practicadas en Uruguay en la década del noventa. Para los autores «la acelerada reconversión del Hospital Vilardebó, un viejo asilo de “crónicos” [sic] en un hospital [sic] para la atención de agudos ha estado sobredeterminada por razones económicas e inscripta en un plan político de reducción del presupuesto» (p. 161). Este hecho, en conjunción con el cierre del hospital Musto, involucró el traslado de pacientes a la colonia Etchepare y en otros casos a una «reinserción familiar forzada» (De León y Fernández, 1996, p. 161) sin una adecuada preparación. En este sentido, De León y Fernández (1996), con la caracterización de *desmanicomialización forzada*, nos permiten identificar la necesidad de trabajar desde el punto de vista profesional en el proceso de cierre de las estructuras asilares (Uruguay, 2017, art. 37) e identificar estos cambios en la política pública como una racionalidad de gobierno a tener en cuenta.

La posibilidad de que un cambio en el modelo de atención establezca las condiciones para un dejar hacer que se exprese en la ausencia del Estado o en la falta de políticas en salud mental tiene antecedentes en Santa Fe (Argentina), con la consigna de desmanicomialización. Según Silvia Faraone y Ana Silvia Valero (2013), actores vinculados al discurso de la desmanicomialización y a la reforma en salud mental aceptaron

instrumentos deshospitalizadores. Aunque se intentaron diferenciar, quedaron captados por la lógica neoliberal. En el caso de la colonia Oliveros, la desmanicomialización forjó la externación de los usuarios internados sin ninguna alternativa afuera del hospital. Según la directora de la institución, «afuera no había nada para los pacientes, [...] era hacerle el juego a las políticas neoliberales» (Faraone y Valero, 2013, p. 55). Si bien el derrotero neoliberal puede constituir este cambio de atención, tal como plantean las autoras, si no se establecen las condiciones de atención fuera del espacio asilar (manicomio), también las modalidades que se construyen como alternativas pueden reproducir la lógica que se intenta superar.

Las modalidades de atención que se constituyen como alternativa a la atención tradicional centrada en la atención hospitalaria están en la encrucijada potencial de contener y reproducir el germen que buscan combatir. Según Dora Hernández y Cristian Sanmartín-Rueda (2018),

suenan contradictorio cuando se afirma que el enfoque comunitario de la salud mental se fundamenta en los derechos humanos y en el trabajo intersectorial y a la vez se le justifica con el argumento de que las formas alternativas de tratamiento comunitario son más costo eficaces que aquellas ofrecidas en el ámbito hospitalario, lo que muestra directrices paradójicas entre lo que promueven y la práctica, pues las decisiones en salud mental se pueden ver enfrentadas así a criterios económicos versus derechos humanos, que pueden llegar a ser contradictorios y excluyentes en su aplicación (p. 45).

Para las investigadoras, las entrevistas con los profesionales de la salud mental —abogados, psicólogos y médicos— dan cuenta de cómo en el sistema de salud mental colombiano hay un desarrollo principalmente en los procesos administrativos y financieros del sistema, y los derechos humanos quedan supeditados a estos.

María Helena Restrepo-Espinosa (2012), mientras trabaja con víctimas de desplazamientos forzosos en Colombia, se pregunta: ¿cómo podrían considerarse como dispositivos biopolíticos las prácticas de asistencia y atención en salud mental? Según la autora, la salud mental se expresa a través de «movimientos de reivindicación para reorientar la práctica de la atención psiquiátrica y de los manicomios, restituir derechos a los enfermos mentales y mostrar los ejercicios del saber psiquiátrico como adoctrinamiento y dispositivo de disciplinamiento social» (p. 49). Además, también presenta la paradoja de ser un «oxímoron», dado que operaría como un dispositivo en nombre de un saber naturalizado como verdad, por lo que le sirve al Estado para «el gobierno de las mentes y el dominio de los cuerpos» (p. 49). Tomando algunas de las premisas de esta investigación, resulta imprescindible relacionar la desinstitucionalización como una posible práctica biopolítica, en la que, a través de ideas universalistas expresadas bajo los términos *trastornos mentales*

y *derechos humanos*, se puede intentar producir vida en función de un determinado orden social.

Según María José Agüero de Trenqualye y Gonzalo Correa (2018b), la salud mental se constituye como parte de un proyecto de ciudadanía específico, expresado en una «idea de ciudadanía mundial» (p. 45). Para los autores, la salud mental es un campo de reflexión e intervención novedoso, formado por conocimientos, prácticas y experiencias que trascienden lo psiquiátrico. Existiría una discontinuidad de la salud mental, en relación con el dispositivo psiquiátrico y la enfermedad mental. La salud mental es un campo de intervención donde el «gobierno de sí» (Agüero de Trenqualye y Correa, 2018b, p. 45) se decodifica en términos de salud y, así, despolitiza el arte de gobernar y gobernarse.

En el análisis de documentos de organismos internacionales y noticias referidas a la salud mental, Agüero de Trenqualye y Correa (2018b) advierten una idea de ciudadanía mundial en la genealogía del concepto *salud mental*. Esta operación, además de despolitizar toda acción de gobierno bajo la fachada sanitaria, establece rasgos universales que atentan contra las singularidades, «la singularidad de uno mismo será posible dentro de los parámetros unívocos que definen qué es ser “ser humano” [sic]» (Agüero de Trenqualye y Correa, 2018b, p. 45).

Analizando las interacciones de una consulta de atención en salud primaria de Barcelona, Agüero de Trenqualye y Correa (2018a) concluyen que se pasa de una tecnología del sí mismo, en términos foucaultianos, a una tecnología de un *nosotros* «que se presenta como modalidad normativa que define la pertenencia política y biológica a un ideal de especie» (p. 547). Para los autores, en la consulta llevada a cabo por una médica de familia aparecían ítems léxicos como «es normal», «es frecuente», «le ocurre a mucha gente», «se espera que sea así», que alivian al consultante. Esto no ubica al consultante en una tecnología del yo para promover una búsqueda de la verdad en el sujeto en sus diferentes variables —producirla, cuestionarla—, sino que el individuo termina entregado a la «ficción de la normalidad» (p. 563). Los consultantes se calmaban ante una normatividad que «los ubicaba en lo que deberían ser» (p. 563).

Al dirigirnos a Brasil, donde se vienen desarrollando movimientos por la reforma de la atención en salud mental en 2001, Kallen Wandekoken, Bruna Quintanilha y Maristella Dalbello-Araujo (2015), en una investigación cualitativa con profesionales de un centro de atención psicosocial de alcohol y drogas en 2014, establecen que las prácticas tutelares en centros de salud mental siguen la lógica manicomial de la que se quieren distanciar. Desde la observación y entrevista a los profesionales del centro y el análisis temático del material, concluyen que hay una captura biopolítica que operaría en la atención de usuarios con uso problemático de drogas. La dependencia a la

institución y la burocratización por sobre el cuidado, son algunos de los puntos que mencionan las autoras.

Según Roberta Carvalho, Simone Mainieri, Ana Karenina de Melo Arraes y Magda Dimenstein (2009), los procesos de desinstitucionalización se inscriben como un modo de funcionamiento de las sociedades de control. Por lo tanto, para los autores estos procesos de desinstitucionalización deberían inscribirse en un cuestionamiento incesante de los valores dados a las formas culturales que se establecen: «El alejamiento de la institución de asilo y la oposición a la lógica centrada en el hospital, por sí mismos, no significa que acabemos con los asilos que nos habitan» (p. 201).<sup>3</sup>

La investigación e intervención desde el método cartográfico en centros residenciales terapéuticos de Natal y Porto Alegre,<sup>4</sup> según Carvalho *et al.* (2009), nos lleva a pensar la desinstitucionalización como forma de invención de la vida (p. 205). La posibilidad de inventar nuevas formas de subjetivación otorga otra significación al espacio terapéutico tradicionalmente sanitarista. La desinstitucionalización, en este sentido, no se concibe solo como un cambio en la estructura organizacional en la gestión de lo patológico, sino como un campo de relaciones de poder y, por lo tanto, también de resistencia.

## Análisis del discurso y salud mental

En el marco de la reforma de la atención en salud mental en Brasil, Leandro Barboza de Pinho, Antonio Brañon y Luciana Prado (2010), por medio del análisis del discurso,<sup>5</sup> plantean que los trabajadores de los servicios de atención sustitutivos —los centros de atención psicosocial—,<sup>6</sup> muestran contradicciones en lo discursivo sobre los modelos de atención. Existe, para los autores, una convivencia entre discursos que constituyen un modo de atención asilar y los que sostienen la desinstitucionalización en salud mental. Se identifica un discurso de benevolencia como patrón ideológico del trabajador, que le da un valor limitante a la experiencia de la locura en lugar de hacer énfasis en la complejidad que involucra la autonomía del loco en prácticas y relaciones interpersonales cotidianas (Barboza de Pinho *et al.*, 2010).

A través del discurso emergen concepciones que pertenecen al viejo modelo de atención en salud mental, aunque los trabajadores intenten dar

---

3 En el original se lee: «A saída da instituição asilar e a oposição à lógica hospitalocêntrica, por si só, não significam que acabamos com os manicômios que nos habitam». Todas las traducciones de esta obra son propias.

4 En el marco de la reforma psiquiátrica brasileña.

5 Desde el análisis del discurso, las reformas de salud mental se han investigado a través de estudios etnográficos enfocados en el uso del lenguaje o análisis de documentos que exploran la construcción de los significados en textos escritos.

6 Servicios que proponen un modo de abordaje en salud mental alternativo al hospital asilar y monovalente, en el contexto de la reforma psiquiátrica en Brasil.

razones para fundamentar la desinstitucionalización como superación del viejo modelo de atención asilar. Por ejemplo, uno de los términos emblema introducido en la legislación del sistema único en salud en Brasil es el de *usuario*, para sustituir al llamado *paciente*. Según Barboza de Pinho *et al.* (2010), esta expresión se terminó usando para referir al individuo con sufrimiento mental en el campo de la reforma psiquiátrica, pero lo que generó fue un individuo que pasa a quedar subsumido en una relación con un servicio de salud, lo que lo vuelve objeto de esta relación, no sujeto.

En la investigación *Discurso clínico-normalizador en las narraciones de madres de personas con espectro autista*, Gerardo Godoy (2016) sostiene que los discursos clínicos-normalizadores promueven espacios de exclusión a grupos minoritarios. A través de los estudios críticos del discurso y desde la lingüística sistémica funcional, revela cómo las madres se representan desde el sacrificio y representan a sus hijos desde un lugar patologizante. El discurso médico constituye la representación que las madres adoptan sobre su hijo al producirse el diagnóstico. En esta investigación, desde el análisis del discurso se explicitan posicionamientos y valoraciones en relación con el lugar social que se construye sobre la discapacidad. En este sentido, las poblaciones signadas bajo un diagnóstico pasarían a establecerse bajo los parámetros de una escala no correspondientes a la media, que se debe alcanzar mediante las intervenciones profesionales.

Por medio del análisis crítico del discurso, Márcia Andrade Pinho (2009) analiza una noticia de prensa publicada en *A Tarde*, periódico de gran circulación en el estado de Bahía, en la que identifica los dilemas y desafíos bioéticos en la actual política en salud mental en Brasil. Sostiene la necesidad de construir una comunidad y cultura en sintonía con una red de salud mental dado que, si esto no se logra, estaríamos generando una *deshospitalización irresponsable* (p. 817). Con la Ley n.º 10.216 del 6 de abril de 2001, la asistencia en salud mental en Brasil se reforma y, por lo tanto, toda persona pasa a tener un tratamiento alternativo al modelo asilar (Andrade Pinho, 2009). En la noticia analizada, lo que primaba era una persona cosificada y a la que se la establecía en un vínculo asimétrico en relación con la comunidad. La locura aparece desvalorada, con menos dignidad y sin una perspectiva de reinserción social (p. 822). El discurso construido en el texto daba cuenta de cómo no se contemplan los principios de bioética que supuestamente incluiría la desinstitucionalización.

Mariana Marchese y Claudia Celerier (2017) utilizan el análisis crítico del discurso (Fairclough, 1992) para analizar los casos de incompetencia mental en un tribunal de primera instancia en Buenos Aires y dan cuenta de cómo a través del discurso se construye una representación de los enfermos mentales. Existen, para las autoras, dos zonas discursivas: una primera en la que se usan expresiones lingüísticas de juicios sociales negativos hacia los sujetos y, por otra parte, una segunda forma discursiva que suaviza la dicotomía

que surge de la primera. Esta primera forma discursiva, por medio de valorizaciones, oponía a las personas bajo el esquema de incompetentes-competentes. Para Marchese y Celerier (2017) la incompetencia mental debe ser un concepto gradual y no dicotómico. En este sentido, marcan la necesidad de cambiar el paradigma biomédico que todavía sigue teniendo incidencia en las prácticas judiciales en salud mental. La transformación social en salud mental, basada en un diálogo entre disciplinas para estas autoras, es posible si los profesionales pueden reflexionar sobre sus prácticas en salud mental todavía impregnadas por el paradigma biomédico.

Michael Mancini (2011) utiliza el análisis crítico del discurso en el marco de una investigación-acción participativa como herramienta para evaluar las prácticas de recuperación en el campo de la salud mental comunitaria. En EE. UU., Según Mancini (2011), las políticas en salud mental tienen que basarse en evidencia y orientar sus servicios a la recuperación de los pacientes con enfermedades mentales persistentes o graves en la comunidad. Esto reorienta los servicios en salud mental en relación con sus roles y acciones tradicionales con los usuarios con el propósito de lograr cierta independencia por parte de estos últimos para que puedan vivir en comunidad. Tomando los aportes de Fairclough, Mancini (2011) identifica en el análisis crítico del discurso un punto clave para trabajar las funciones de los discursos «en la reflexión y creación de las realidades sociales» (p. 649).<sup>7</sup>

Los discursos tienen potencial para reproducir, reflejar y transformar las relaciones de poder (Mancini, 2011). En los textos analizados de los prestadores de salud mental y la interacción de estos con los usuarios, se identifican marcas discursivas que señalan; la posición activa por parte del prestador del servicio y la posición de *espectador pasivo* por parte de los usuarios en la planificación del tratamiento, así como también una presentación de los usuarios en los documentos referidos a la planificación de sus tratamientos, donde se enfatiza la discapacidad de los usuarios de los servicios. En este sentido, el análisis crítico del discurso, permite trabajar con prejuicios y creencias establecidas en los servicios de atención que van en detrimento de la recuperación de las personas.

Marie Crowe (2000), también desde el análisis crítico del discurso, explora cómo el *Manual estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) define los trastornos mentales desde determinados criterios de normalidad. Al analizar el uso del lenguaje en el DSM-IV, Crowe sostiene que la definición de trastorno mental se construye discursivamente estableciendo criterios de normalidad, suponiendo como normales todos los comportamientos que se relacionan con la racionalidad, productividad, unidad y moderación. El autor, en este sentido, menciona que la categoría *trastorno mental*, si bien se utiliza con fines comunicativos por parte de los profesionales de salud

---

7 En el original se lee: «in the reflection and creation of social realities».

mental y para facilitar el registro estadístico de los casos, tiene debilidades en tanto sistema de clasificación: «La potencial cosificación de enfoques hipotéticos, categorización arbitraria y embotamiento de la reflexión»<sup>8</sup> (Lemperiere en Crowe, 2000, p. 75). El establecimiento de determinados parámetros de normalidad —racionalidad, moderación, unicidad y productividad— en el diagnóstico de trastorno mental, carente de evidencia y de una explicación rigurosa, permite una codificación omnipresente de las conductas de la vida cotidiana bajo una perspectiva exclusivamente médica.

Como muestran los antecedentes que involucran los estudios del discurso sobre la salud mental, las redes de significados que se van construyendo discursivamente en relación con la desinstitucionalización u otras formas de conceptualizar la atención en salud mental, se establecen nuevas formas de nombrar a quienes reciben la atención. Estos son referidos como individuos que reciben una atención dirigida a sus cuerpos o como miembros pertenecientes a una población a la que es necesario regular de manera constante.

En este sentido, esta investigación busca contribuir a comprender cómo esta nueva forma de atención en salud mental, que apunta al cierre de estructuras asilares y a una atención comunitaria, se encuentra abierta a disputas de sentido que pueden correr el riesgo de generar mecanismos de poder que controlen y regulen la vida de las personas de forma más eficaz y eficiente. Tal como muestran los antecedentes mencionados, las valorizaciones positivas que tienen los términos comunitarios a nivel público en la propuesta de desinstitucionalización no necesariamente se traducirían en dispositivos que garantizan más derechos para las personas.

---

8 En el original se lee: «the potential reification of hypothetical approaches, arbitrary categorisation and the dulling of reflection».

## Fundamentación

Investigar la desinstitucionalización en salud mental por parte del discurso profesional en prensa escrita involucra algunas razones<sup>9</sup> de orden político, profesional y ético, que detallaremos.

En primer lugar, y teniendo en cuenta una premisa aristotélica de *El hombre como animal político* (Aristóteles, 2005), concebimos que todo orden, para ser posible, contiene necesariamente relaciones humanas (entre otras) y que, de manera concomitante, involucran un ejercicio de poder permanente. En nuestro caso, seleccionamos las relaciones que se establecen en el marco de una política pública, en particular, las que involucran las prestaciones que debe brindar el Estado a la población usuaria de los servicios de atención en salud mental.

Los profesionales en salud mental como eslabón fundamental y garante de la política pública en los servicios de salud mental por medio del discurso tienen la posibilidad de incidir y conducir las conductas de la población desde determinados planteamientos u omisiones. En este sentido, creemos necesario identificar cómo se va construyendo la conceptualización de la desinstitucionalización en salud mental por parte del discurso profesional en la prensa escrita, con el propósito de visualizar el lugar otorgado a la población por parte de los profesionales en la supuesta nueva gestión de los servicios de atención en salud mental.

La Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017) establece un cambio en cuanto a los modelos de abordaje en salud mental. En este sentido, se vuelve ineludible saber cómo pasamos de fundamentar el aislamiento del loco o enfermo, a establecer la atención en la comunidad, tal como lo indican los artículos 37 y 38 de la nueva Ley de Salud Mental. La atención en salud mental como parte de la cosa pública se pasa a regular desde nuevos parámetros, por lo que es un compromiso político visualizar posibles consecuencias que, en términos sociales, generarán los cambios en la atención.

En segundo lugar, es importante ubicar lo profesional —saber legítimo en un dominio práctico— en la prensa escrita, dado que en lo referido a la salud mental los medios de comunicación son la fuente privilegiada de acceso a la información para la población. Creemos que sistematizar los textos profesionales en la prensa escrita de circulación masiva en Uruguay sobre el nuevo modelo de atención planteado en la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017), será importante para saber si el discurso profesional intentó desmitificar ciertas ideas asociadas a las personas con problemas de salud mental, y así hacer posible que las personas puedan ser atendidas en el ámbito comunitario. Por lo tanto, los textos profesionales pasan a ser un punto clave para establecer

---

9 Creemos que las razones pueden enfatizarse en distintos planos y, aunque no son separables, hacemos esta clasificación con fines analíticos o explicativos.

nuevas concepciones en torno a la atención en salud mental que trascienden la lógica asilar. También el trabajo activo de los medios de prensa en la selección y evaluación del discurso profesional sobre salud mental revela el papel de los medios como agentes significadores y mediadores en la definición de la situación. Los medios son emisores del discurso profesional en tanto discurso de elite que influye en la formación de opinión pública. En este sentido, los medios se convierten en escenarios de lucha entre definiciones enfrentadas (Hall, 2010).

Por último, entendemos la ética como una forma de producir la vida asumiendo sus consecuencias, por lo cual nos posicionamos desde el viejo postulado kantiano que Foucault (1994) retoma como signo de la ilustración para expresar la actitud sobre el presente, *¡Sapere aude!* (p. 4).<sup>10</sup> En este atrevernos a conocer, asumimos en esta investigación la tarea de ponernos a estudiar el discurso profesional sin tomar el atajo de dar por hechos los acuerdos o desacuerdos que tenemos con el nuevo modelo de atención en salud mental como profesionales. Nuestro compromiso está en aportar un insumo para advertir algunos problemas sin establecer una valoración necesariamente negativa, que pueden identificarse en el discurso de los profesionales de la salud mental sobre la desinstitucionalización. Este material propone un punto de lucha, de efímera verdad en un campo de fuerzas en el que no adoptamos una posición de exterioridad: «Es en la práctica [Praxis][sic] donde el hombre tiene que demostrar la verdad, es decir, la realidad y el poderío, la terrenalidad de su pensamiento» (Marx, 2014a, p. 59).

En este trabajo se busca contribuir a comprender cómo se disputa el sentido de la desinstitucionalización como modelo de atención en salud mental, a través de la investigación del discurso profesional como índice de la voz socialmente autorizada y legitimada en la prensa escrita.

---

10 'Atrévete a conocer'.

# Precisiones teóricas y metodológicas

## Precisiones teóricas

Nuestra investigación está basada en una aproximación cualitativa e histórica desde el análisis crítico del discurso (Fairclough, 1992), que busca identificar cómo se construye un cambio discursivo en la conceptualización de la atención de la salud mental, tal como se expresa en el artículo 37 de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017).

Bajo la denominación *desinstitucionalización*, la reciente Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017) expresa en su artículo 37, referido a los abordajes, el comienzo de «un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas». Este texto marca un cambio discursivo en la conceptualización de la atención en salud mental. Consideramos que es relevante analizar su construcción, debido a los cambios que se generaran a nivel social sobre el lugar otorgado a la atención en salud mental. Si se materializan los cambios orientados hacia una atención en la comunidad, la participación de la sociedad en este proceso es imprescindible para no reproducir las lógicas de encierro que se pretenden superar. En este sentido, identificar las marcas en el discurso profesional en la prensa escrita sobre este tema nos indicará los sentidos de estos cambios y así podremos problematizarlos.

Partiendo de la pregunta-problema *¿cómo se construye la desinstitucionalización expresada en la Ley de Salud Mental desde el discurso profesional en la prensa escrita?*, se busca contribuir al debate público sobre la atención en salud mental en Uruguay desde una perspectiva crítica y generar insumos para la elaboración de una política pública en salud mental que contemple los posibles efectos de la desinstitucionalización en salud mental. En este sentido, el enfoque cualitativo de la investigación se orienta a identificar cómo se construyen sentidos y se conceptualiza una nueva atención en salud mental, expresada en la Ley n.º 19.525 (Uruguay, 2017).

## Discurso, intertextualidad y poder

Para la lingüística sistémica funcional el discurso es una práctica social que construye la realidad. Los significados se materializan en opciones semióticas que, a su vez, se constituyen en opciones en el marco de un potencial de significados disponibles en la comunidad (Halliday, 1982). El potencial de significados en la comunidad hace del discurso una construcción

necesariamente intertextual. En este sentido, afirmamos que el discurso de la desinstitucionalización en salud mental expresado como texto en el artículo 37 (Uruguay, 2017) debe entenderse en relación con otros textos. Al decir de Julia Kristeva (1997), «todo texto se construye como mosaico de citas, todo texto es absorción y transformación de otro texto» (p. 3). Nuestro enfoque rompe con la idea del texto como estructura cerrada sobre sí misma para permitirnos identificar las múltiples textualidades que contiene y así concebirlo en su trama relacional (Volóshinov, 2009).

A partir de los aportes de Bazerman (2004) se analiza la intertextualidad que se manifiesta desde el discurso profesional al construir una conceptualización sobre la atención en salud mental, expresada como producto en el artículo 37 de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017):

La relación que cada texto tiene con los textos que lo rodean, la llamamos intertextualidad. El análisis intertextual examina la relación de un enunciado con ese mar de palabras, cómo utiliza esas palabras, cómo se posiciona con respecto a esas otras palabras (Bazerman, 2004, p. 84).<sup>11</sup>

Nuestra aproximación, además de cualitativa y discursiva, es histórica y crítica, entendiendo por *historia* la imagen de un campo de batalla (Traverso, 2016) en el que se tienen lugar los cambios históricos. Los discursos sobre el cambio en la atención en salud mental no escapan de las situaciones sociales particulares que le permiten emerger ni a las relaciones de poder que los constituyen (Fairclough, 1992). Nuestro análisis del discurso profesional en salud mental es crítico, en tanto no solo describe, sino que, además, busca mostrar las condiciones en las que surge el discurso en términos de diferencias de poder. Por lo tanto, utilizamos los aportes de Fairclough (1992) que nos permiten contextualizar las condiciones de producción del discurso profesional en lo social y sus diferencias internas (Bazerman, 2004).

Fairclough (2008) hace énfasis en el discurso en tanto «uso lingüístico hablado o escrito» (p. 172), que es concebido en términos de práctica social y, por lo tanto, involucra una teoría social y no una dimensión solo lingüística del discurso. El discurso es

un modo de acción situada históricamente situado histórica y socialmente, en una relación dialéctica con otros aspectos de «lo social» (su «contexto social») —que está configurado socialmente, pero también, que es constitutivo de lo social, en tanto contribuye a configurar lo social (p. 172).

---

11 En el original se lee: «The relation each text has to the texts surrounding it, we call intertextuality. Intertextual analysis examines the relation of a statement to that sea of words, how it uses those words, how it positions itself in respect to those other words».

La constitución de lo social a través del uso lingüístico constituye, según Fairclough (2008), identidades sociales. En nuestra investigación sostenemos que las denominaciones atribuidas a las personas usuarias de los servicios de atención en salud mental, implican diferencias entre las distintas prácticas discursivas pertenecientes al ámbito profesional (discurso de psicólogos y médicos). En este sentido, el uso de términos como *trastorno mental*, *personas usuarias*, *internos*, *enfermos mentales*, adjudicados a quienes reciben una atención en salud mental, construye identidades a quienes son objeto de las prestaciones y también a quienes usan los términos como miembros de una comunidad interpretativa y profesional.

Las relaciones sociales entre profesionales y pacientes en el nuevo modelo de atención se constituyen por un uso lingüístico que pueden rigidizar las relaciones de atención o flexibilizarlas. Según las características atribuidas discursivamente a los pacientes, tendremos relaciones verticales entre profesionales y pacientes o relaciones horizontales en las que se resguarde la autonomía de estos últimos. Por lo tanto, los discursos que apunten a enfatizar la peligrosidad de los pacientes de los servicios de atención en salud mental o, en cambio, se orienten a remarcar la autonomía de los pacientes darán lugar a distintas relaciones terapéuticas en el nuevo modelo de atención.

Las circunstancias sociales en las que emerge el discurso del cambio en la atención, según Fairclough (2008), responden al grado de estabilidad de las relaciones de poder en el campo de la salud mental, dado que el discurso tiene tanto un aspecto convencional como un aspecto transformador:

Además, el uso lingüístico es constitutivo, tanto de manera convencional y socialmente reproductiva como de manera creativa, socialmente transformadora, y el énfasis en una u otra modalidad constitutiva depende de las circunstancias sociales de cada caso particular (es decir, si se genera en el interior de relaciones de poder relativamente estables y rígidas, o relativamente flexibles y abiertas) (p. 173).

Las luchas de poder que se establecen en el cambio de atención en salud mental, o el aspecto transformador del discurso que priorizamos al seleccionar el artículo 37 (Uruguay, 2017) sobre el cambio de atención en salud mental, tienden al establecimiento de una nueva convención sobre cómo deben configurarse los servicios de atención en salud mental. En este sentido, Fairclough (2008) plantea que la producción de la intertextualidad tiene como límite una determinada hegemonía,<sup>12</sup> expresión de una nueva convención.

---

12 «La hegemonía es el poder sobre la sociedad en su conjunto de una de las clases fundamentales definidas económicamente en alianza con otras fuerzas sociales, pero nunca se logra más que parcialmente de manera temporal, como un “equilibrio” inestable». En el original se lee: «Hegemony is the power over society as a whole of one of the fundamental economically-defined classes in alliance with other social forces, but it is never

La producción intertextual del discurso del cambio de atención en salud mental tiene su alcance y límite en las posibilidades de desarticular las relaciones de poder establecidas y articular otras. Para Fairclough (1992), una hegemonía construye alianzas e integra no dominando simplemente a las clases subordinadas, sino que busca ganar consentimiento mediante concesiones, entre las que están las discursivas. La hegemonía se constituye como un mecanismo fundamental de poder, dado que genera adhesión de los subordinados, además de posible resistencia. En este sentido, la hegemonía implica una relación de poder reversible. El poder es relacional y reversible.

Pese a sus diferencias, Fairclough (1992) y Foucault (2014) se asemejan al momento de concebir la reversibilidad del poder y la importancia del discurso en los cambios sociales. En Fairclough (1992), toda relación de poder que constituye una hegemonía es un equilibrio inestable. En el mismo sentido, Foucault (como se cita en Becker, Fernet-Betancourt y Gómez-Muller, 1984) establece que toda relación de poder es reversible, a diferencia de un estado de dominación, en el que no existe reversibilidad de poder. También ambos pensadores identifican una dimensión de análisis central para explicar los cambios sociales en el discurso (Fairclough, 1992) o en las prácticas discursivas<sup>13</sup> (Foucault, 2015).

Valentín Volóshinov (2009) cuando analiza el discurso y su importancia en un proceso de transformación social desde una perspectiva marxista, afirma la importancia de las palabras como indicadores de cambios sociales:

La palabra es el medio en el que se acumulan lentamente aquellos cambios cuantitativos que aún no logran pasar a una nueva cualidad ideológica, ni dar origen a una nueva y acabada forma ideológica. La palabra es capaz de registrar todas las fases transitorias imperceptibles y fugaces de las transformaciones sociales (p. 40).

Creemos que *desinstitucionalización* es una palabra que se inscribe en el artículo 37 de la Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017) y que oficia como indicador de una transformación en la atención en salud mental. Decimos que la desinstitucionalización indica un cambio referido a la salud mental, aunque no lo describe completamente, dado lo incipiente del proceso. Tal como afirma el lingüista ruso sobre las cualidades que tienen las palabras (Volóshinov, 2009), la desinstitucionalización cumple con la función de indicar un cambio en tanto signo ideológico, sin embargo, no cumple con la

---

achieved more than partially adtemporarily, as an “unstable equilibrium”» (Fairclough, 1992, p. 92).

13 Según Foucault (2015), «un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y espacio, que han definido en una época dada, y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa» (p. 154).

segunda característica del signo ideológico, dado que no refleja una realidad desinstitucionalizadora de la salud mental. La desinstitucionalización es el comienzo de un proceso incipiente y no un hecho consolidado.

La desinstitucionalización, además de ser un emergente que se compone en el texto de la ley como producto intertextual (Bazerman, 2004), implica una transformación en curso que es importante identificar en términos sociales. El discurso de la desinstitucionalización en tanto texto y práctica social involucra una dimensión social, que configura mecanismos de poder a tener en cuenta para no quedar objetivados por estos.

Las investigaciones de Foucault (1979) sobre el cambio cualitativo en la naturaleza y el funcionamiento del poder entre las sociedades premoderna y moderna sugieren algunas de las características distintivas del discurso y el lenguaje en las sociedades modernas. Foucault ha mostrado cómo el «biopoder» moderno se apoya en tecnologías y técnicas de poder que se incrustan en las prácticas cotidianas de las instituciones sociales (por ejemplo, en las escuelas o las prisiones), y producen sujetos sociales. La técnica de «examen», por ejemplo, no es exclusivamente lingüística, sino que se define sustancialmente mediante prácticas discursivas —géneros— tales como los de la consulta/examen médico y otras diferentes variedades de entrevistas (Fairclough 1992). Ciertos géneros institucionales clave, como las entrevistas, pero también el asesoramiento, se encuentran entre las características más destacadas de los órdenes del discurso en las sociedades modernas. En estas, en contraste opuesto con las sociedades premodernas, el discurso se caracteriza por cumplir un rol distintivo y más importante en la constitución y reproducción de las relaciones de poder y de las identidades sociales que entraña (Fairclough, 2008, pp. 177-178).

El discurso que sostenía el encierro de personas con problemas de salud mental y la necesidad de mecanismos disciplinarios dirigidos al cuerpo de los residentes en manicomios pasa a problematizarse.

Los discursos que apelan a resguardar los derechos y la autonomía de las personas en los manicomios surgen en el contexto de las posguerras. Para Carolina Geneyro y Francisco Tirado (2014) la propuesta de orientar los servicios de atención salud mental, parten de concebir al manicomio como un espacio de violencia y exclusión. Los discursos basados en una concepción de derechos humanos sobre la salud mental, refieren a una lucha por el reconocimiento de la diversidad según Paulo Amarante (2017):

Los derechos humanos son un factor privilegiado y estratégico que impone una diferencia, una radicalidad, en las políticas públicas de salud mental y por eso establece los vínculos de la red de temáticas que se permean y atraviesan. Es un tema transversal que se hace necesario en todas las

políticas públicas y sociales, en todas las iniciativas de movimientos y militancias en activismo social que involucra sujetos en situación de desventaja y vulnerabilidad social y que tiene interface en el campo de salud mental («Os direitos humanos», § 6).<sup>14</sup>

El surgimiento de discursos basados en términos de derechos humanos tiende a plantear mayor participación de las personas en los tratamientos de los cuales son objeto. Esto también lleva a reorientar los espacios de atención en salud mental, dado que el manicomio es proclive a la vulneración de los derechos de sus residentes. Hay una utilización de un léxico comunitario en los discursos profesionales en acuerdo con organismos como la Organización Panamericana de la Salud (ops), la Organización Mundial de la Salud (oms), que recomiendan a los Estados adoptar políticas en salud mental de base comunitaria.

Nos parece importante analizar el discurso profesional que apunta a lo comunitario y a desacreditar las instituciones de encierro desde la perspectiva del biopoder, dado que todo discurso expresa una relación de poder en la realidad social en que se constituye. Según Foucault (2012) el poder sobre la vida —o *biopoder*— se desarrolla desde el siglo XVIII sobre todo de dos formas. Una de ellas, que no anula a la otra, sino que funcionan en distintas escalas, está centrada en el cuerpo:

cuerpo como máquina: su adiestramiento, el aumento de aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las *disciplinas: anatomopolíticas del cuerpo humano* [sic] (p. 131).

Estos mecanismos y procedimientos responden a un dispositivo disciplinar. La otra de las formas del biopoder refiere a las estrategias que responden a un dispositivo de seguridad que se centran en la población:

En el cuerpo-especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos; la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar. Todos

14 En el original se lee: «dos direitos humanos é um fator privilegiado e estratégico que impõe uma diferença, uma radicalidade, nas políticas públicas de saúde mental e por isso ele estabelece os vínculos da rede de temas que lhes são perpassados e transpassados. É um tema transversal que se faz necessário em todas as políticas pulicas e sociais, em todas as inciativas de movimentos e militâncias ou ativismos sociais que envolvem sujeitos em situação de desvantagem e vulnerabilidade social e que tem interface com o campo da saúde mental».

esos problemas son tomados a su cargo por una serie de intervenciones y de *controles reguladores: una biopolítica de la población* [sic] (Foucault, 2012, pp. 131-132).

El biopoder, en uno de sus dos aspectos —anatomopolítico y biopolítico—, se orienta hacia la forma poblacional, la *biopolítica*. Este es uno de los aspectos centrales para entender la estrategia de salud pública y salud mental que sostiene el discurso profesional en la prensa escrita. Según Colin Gordon (2015), en Foucault hay una distinción entre la sociedad disciplinaria y la sociedad de seguridad; vemos que esta se refleja en los dispositivos institucionales en salud mental. El discurso del cambio de modelo a través de la desinstitucionalización se propone terminar con la atención en salud mental centralizada en lo que Goffman (1984) llama *instituciones totales*. Son lugares de «residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (p. 13). Los manicomios, en su funcionamiento, responden a una lógica disciplinar según la perspectiva foucaultiana, que se centra en el control y la vigilancia del cuerpo de sus residentes.

Para Gordon (2015), en los dispositivos de seguridad se identifican tres rasgos diferenciales en relación con el dispositivo disciplinar:

- se distribuye su espacio de intervención en una serie de eventos probables;
- se evalúa a través del «cálculo y el costo comparativo» (p. 24), y
- la prescripción no responde a «una demarcación binaria absoluta entre lo que está permitido y lo que está prohibido, sino por medio de la especificación de una medida óptima al interior de un rango tolerable de variación» (p. 24).

Estas diferencias permitirían que en una sociedad de seguridad se sustituya «la medicina hospitalizante por un método de asistencia domiciliaria», dado que combina el principio del mínimo costo de la seguridad, con «la protección de una norma óptima: el direccionamiento de la asistencia a las familias con personas enfermas, reforzará los lazos y afectos naturales existentes, requiriendo menos de la mitad del costo que un sistema de hospitalización general» (Gordon, 2012, p. 29). Esta valoración sobre posibles bajas en los costos en la atención que tendrá un dispositivo comunitario puede ser una de las posibles explicaciones de la recurrente circulación que tiene el discurso comunitario en la atención en salud mental. Si bien esto no es lo que sostienen aquellos que plantean el cierre de los manicomios como modalidad de atención, todavía resta saber los efectos reales de la atención en salud mental con base comunitaria.

Castel sostiene que la marginalidad de concebirse como algo inexplorado puede pasar a organizarse en la sociedad como un espacio donde irán las

personas que no puedan «seguir senderos más competitivos» (Gordon, 2012, p. 55). La atención en salud mental y su condición de marginal en nuestro país puede recurrir, por medio del artículo 37 (Uruguay, 2017), a la «solución “comunitaria” [sic]: es decir, un régimen especializado de intervención medioambiental diseñado para contener altas concentraciones locales de riesgo» (Gordon, 2012, p. 55). En este sentido, los mecanismos de seguridad, no anulan aquellos que no están aptos para competir por medio de las instituciones totales (Goffman, 2001), sino que los disipan en la comunidad.

## Discurso profesional y medios de comunicación

Las referencias teóricas, políticas y administrativas sobre la atención en salud mental del discurso profesional nos permiten identificar cómo se construye el discurso de la desinstitucionalización en lo social, debido al lugar de privilegio que tienen los profesionales en los cambios sociales. Seleccionamos el discurso de los profesionales en salud mental porque forman parte del discurso elite (Van Dijk, 2002).

Teun van Dijk (2002), para definir el discurso elite, describe al discurso en términos generales como «un evento comunicativo específico» (p. 192) y, en particular, como uso del lenguaje de forma oral o escrita. En este sentido, el discurso puede significar tanto un tipo de discurso —el de la psicología, por ejemplo— como una clase de géneros discursivos —como los discursos profesionales—. Decimos que los profesionales son la elite debido al acceso privilegiado a los medios que estos tienen para influir en el discurso público. Estos medios comprenden el acceso a la comunicación de masas, la educación, los vínculos con el sistema político y la construcción de agendas de investigación.

Para Van Dijk (2002), las elites son

El (los) grupo(s) en la sociedad que tienen «más que decir», y por ende tienen también un «acceso preferencial a las mentes del público general». Como los líderes ideológicos de la sociedad, ellos establecen valores, metas y preocupaciones comunes; formulan el sentido común como también el consenso tanto a nivel de individuos como también a nivel de líderes de las instituciones dominantes de la sociedad (pp. 194-195).

El discurso profesional, en este sentido, es clave para comprender la gestación del cambio en la atención en salud mental. Por *discurso profesional*, en este caso, entendemos las disciplinas que forman parte del campo de la salud mental, que delimitamos según la nueva legislación.

El artículo 39 de la Ley n.º 19.529 expresa: «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» (Uruguay, 2017). Dicha comisión tiene como objetivo fiscalizar la implementación de la nueva ley de salud mental desde un enfoque legal, técnico y político. Bajo estas premisas nos parece indicado seleccionar como profesionales de la salud mental a quienes pertenecen a las disciplinas mencionadas en la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.

En el punto b del artículo 41 de la misma ley se mencionan los integrantes para la comisión de contralor:

Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley

Por lo tanto, la delimitación profesional que hemos elegido nos plantea concebir a los médicos, los psicólogos y los abogados —en sus diferentes lugares de operadores del Poder Judicial— como profesionales en salud mental. El lugar que tienen estas tres disciplinas en la ley ejemplifica lo que sostiene Van Dijk (2002) sobre los profesionales médicos, psicólogos y abogados como aquellos que más tienen para decir sobre la salud mental.

Los medios de comunicación en una sociedad mediática, tal como plantean Mar de Fontcuberta y Héctor Borrat (2006), son quienes narran, cuentan y construyen identidades culturales. El discurso de las elites se combina con el discurso mediático para establecer una hegemonía (Fairclough, 1992) en cuanto a la atención en salud mental en Uruguay.

Para Natalia Uval (2018), la prensa escrita, a pesar de configurarse en el marco de una posición social de crisis del periodismo, en la que se tiende a una descentralización del periodismo como principal institución en la circulación de noticias, todavía tiene una incidencia central en la construcción de la agenda pública:

estos siguen teniendo una incidencia central en la construcción de agenda y en la definición de los marcos y encuadres a partir de los cuales se piensan los acontecimientos (Sádaba, 2007). Y la prensa escrita, en particular, produce materiales de los que se nutren otros medios tradicionales, como la radio y la televisión (p. 13).

La prensa escrita es fundamental para instalar un discurso sobre el cambio en la atención, dado que, como plantean Candela Pérez Álvarez *et al* (2015): «Los medios de comunicación son la principal fuente de información sobre salud mental para una gran mayoría de la población» (p. 721).

## La posición de investigador

Al momento de diferenciar la postura del científico social y el científico de las ciencias naturales, Norberto Bobbio (1987) responde que el primero, a diferencia del segundo, cuando afronta su objeto de investigación, «considera que puede intervenir directamente en el cambio de la sociedad» (p. 10). Nuestra posición de investigador tiene entre sus objetivos intervenir en la construcción de políticas públicas en salud mental. Por ese motivo, se asume una postura crítica en relación con las dificultades ocasionados por los sistemas de atención centrados en las estructuras asilares como esquema administrativo y político para la atención de las personas, aunque nos parece necesario indagar los dispositivos de atención que se empiezan a gestar con los discursos del cambio en salud mental para no repetir las mismas lógicas que se trabaja por superar. Este posicionamiento ante el problema no impidió que esta investigación crítica del discurso profesional sobre la salud mental en la prensa escrita se llevara a cabo. En este sentido, se cumplió con un procedimiento analítico e interpretativo sistemático revisado por pares y se incorporó evidencia discursiva para sustentar las interpretaciones ofrecidas.

## Advertencias para no desorientarnos: indicaciones metodológicas

Para cumplir con nuestros propósitos, debemos tener un camino o caminos donde dirigir nuestra razón, para así tener un razonar adecuado, según René Descartes (2006). Si bien nos diferenciamos del filósofo francés en el privilegio otorgado a la razón en la indagación, afirmamos que hemos seguido caminos como una de las condiciones del razonar adecuado y podemos dar cuenta de estos recorridos, como otra de sus condiciones. En otras palabras, podemos afirmar que tenemos un trabajo reflexivo sobre lo que hemos hecho en la presente investigación, teniendo en claro las limitaciones que puede tener este trabajo si se lo quisiera replicar sin tener en cuenta los objetivos planteados. «No es, pues, mi propósito enseñar aquí el método que cada cual debe seguir para dirigir bien su razón, sino solo demostrar de qué manera he procurado conducir la mía» (Descartes, 2006, p. 6).

A continuación, mostraremos algunos de los *caminos* —al decir de Descartes (2006)— que elegimos transitar en términos metodológicos.

### Desinstitucionalización en salud mental y textos profesionales

Uno de los primeros caminos que adoptamos fue ir a la reciente Ley de Salud Mental, donde identificamos en el artículo 37 un discurso novedoso en Uruguay sobre la orientación de los procesos de atención en salud mental. Otro de los caminos fue recopilar y analizar los textos producidos por profesionales de la salud mental desde el 1.º de enero de 2015 hasta la aprobación de la Ley n.º 19.529 el 11 de agosto de 2017. Identificamos el artículo 37 como producto de otros textos, entre los que se encuentran los textos provenientes del discurso profesional.

Tal como plantea Bazerman (2004) «Creamos nuestros textos a partir del mar de textos anteriores que nos rodean, el mar de lenguaje en el que vivimos»<sup>15</sup> (p. 83). El mar de textos que elegimos transitar son todos aquellos producidos por los profesionales de la salud mental en *El País* y *La Diaria* entre enero de 2015 y agosto 2017. Usamos *texto* y *discurso* como sinónimos al momento clasificar los textos de los profesionales en la prensa escrita, debido a que no es importante la distinción para los fines de nuestra investigación. Otra de las palabras frecuentes en nuestros análisis, *noticia*, se concibe «como cualquier unidad del discurso periodístico que construye información sobre un hecho real» (Uval, 2018, p. 76).

---

15 En el original se lee: «We create our texts out of the sea of former texts that surround us, the sea of language we live in».

Los profesionales elegidos como quienes ponen en práctica el discurso profesional a través de sus textos en la prensa escrita son los agentes del Poder Judicial, médicos y psicólogos. En cuanto a los medios de prensa escrita, se seleccionaron aquellos con mayores ventas en el mercado uruguayo. Según el Instituto de Verificación de Circulaciones,<sup>16</sup> *El País* tuvo una tirada total útil de 906.120 ejemplares en 2015 y 826.650 en 2016. En los mismos meses, *La Diaria* tuvo una tirada total útil de 140.096 ejemplares en 2015 y 128.634 en 2016. Además, los dos periódicos difieren en sus orientaciones ideológicas.

Los textos de los profesionales recogidos en los periódicos fueron citados siguiendo el soporte digital de las noticias con el fin de que sea más fácil acceder a ellos. Todas están corroboradas con el formato papel de los periódicos y, cuando hay diferencias entre ambas versiones, se opta por la versión digital. Los materiales del análisis son de acceso público, en algunos casos, y, en otros, para suscriptores de los periódicos. En ningún momento se analizan materiales de base de datos personales que necesiten previo consentimiento. Por lo tanto, los datos usados obedecen el criterio del artículo 9 de la Ley n.º 18.331 (Uruguay, 2008b), que establece que no es necesario el consentimiento informado de los datos provenientes de «fuentes públicas de información, tales como registros o publicaciones en medios masivos de comunicación».

## Prensa escrita de circulación masiva

El diario *El País* fue fundado en 1918 y ha sido un lugar de «vocería» importante para significar y construir hechos, como también marcar la agenda de la realidad uruguaya. Nacido en el contexto de la Gran Guerra, un lluvioso 14 de setiembre en la zona de Ciudad Vieja de la ciudad de Montevideo, salen los primeros ejemplares con una editorial titulada «Nuestro rumbo» («Fundado el 14», 2013). Editorial escrita por sus tres directores, Leonel Aguirre, Washington Beltrán y Eduardo Rodríguez Larreta, los tres vinculados al Partido Nacional (PN). Leonel Aguirre, diputado y senador por el PN, tuvo una breve estadía en la embajada argentina en el gobierno de Juan Campisteguy; Larreta, también del PN con participación parlamentaria, ejerció como ministro de Relaciones Exteriores en el gobierno de Amézaga; Beltrán fue diputado por el PN hasta que murió en duelo con José Batlle y Ordóñez.

Según Uval (2018), *El País* representa un periodismo que surge entre la tradición de periódicos concebidos «principalmente como vehículos de transmisión de ideas, ya sea religiosas, filosóficas o políticas» (p. 72) y los intentos de la búsqueda de un periodismo «de estilo más neutro» que promueva

---

16 Comunicación personal, 15 de enero de 2021.

la objetividad «en las escuelas de periodismo y en las redacciones de los periódicos» (p. 72). En términos ideológicos, surge como representación de un periodismo de opinión editado por intelectuales ligados al Partido Nacional. Actualmente, el periódico pertenece a la familia Scheck-Beltrán-Aguirre.

La vinculación de los fundadores de *El País*, así como sus columnistas y editores con el Partido Nacional, partido histórico de Uruguay de tendencia liberal en lo económico y conservadora en temas sociales (Coitiño, Queirolo y Triñanes, 2017), nos permiten clasificar a *El País* como ideológicamente conservador en la temática social de la salud mental. En un total de 36 noticias en *El País* sobre salud mental entre los años 2015 y 2017, en las que participaron algunos de los profesionales seleccionados, hay una mayor participación de profesionales de la medicina. En todo el período estudiado se registran cuarenta participaciones de médicos, siete de agentes del Poder Judicial (abogados) y cuatro de psicólogos. Las participaciones de una disciplina se contabilizan según los profesionales que la llevan a cabo, aunque si una misma persona hace varias intervenciones en una noticia, se contabilizan como un y, en el caso de diferentes personas de la misma disciplina, se las contabiliza según las diferentes personas que intervienen. Las editoriales del periódico no fueron registradas en el conteo de las noticias, aunque sí sirvieron para identificar los lineamientos del periódico sobre la temática.

A partir de los aportes de Katarzyna Molek-Kozakowska (2013), se registran rasgos sensacionalistas al construir las noticias de salud mental del periódico, ya que hay un marcado interés por las noticias de salud mental que involucran contenidos de peligrosidad y muerte.

*El País* suele usar citas directas de los profesionales de salud mental que intervienen. Esto es un indicador de la pretendida objetividad que plantea establecer el periódico para sus lectores. Al tomar las palabras de los profesionales, acota la posibilidad de que el periódico le dé un sentido a lo dicho por ellos. En este sentido, el periódico no busca establecer explícitamente su perspectiva, dado que la cita indirecta sería un recurso más apropiado para este cometido.

*La Diaria* se funda en 2006 en el marco del primer gobierno del Frente Amplio (FA) —que comienza en marzo de 2005—. El emprendimiento tiene la característica de «propiedad colectiva del medio de comunicación» («Historia de la», 2019, § 2), lo que implica que, en principio, el periódico se financió con posibles lectores y los trabajadores asumieron las actividades de gestión del periódico. Según Enrique Kramer (2012), el proceso de fundación abarca los años 2005 y 2006 y tiene a Montevideo como lugar de referencia:

a impulsos de un grupo de jóvenes que buscaba un diario que tuviera en cuenta su sensibilidad —tanto de su generación («treinta y picos») como de su posición política (una «sensibilidad de izquierda») — porque estaban

insatisfechos con la situación política del país y porque no se sentían representados por ninguno de los diarios del momento (p. 1).

Crítica con la situación política durante su fundación y con una posición política de izquierda, *La Diaria* se autodefine en términos partidarios independientes en su editorial y con una ideología progresista, «no alineada con partido alguno, bien puede ser calificada como crítica y progresista» (Radakovich, Escuder, Morales y Ponce, 2013, p. 24).

En un total de 36 noticias sobre salud mental, *La Diaria* otorgó participación a los médicos en 35 oportunidades —18 de estas a psiquiatras—; por otro lado, hay 21<sup>17</sup> intervenciones de psicólogos y 9 de abogados. Se identifica una mayor participación de los médicos, aunque se mencionan documentos sobre los cambios en salud mental que no solo son del ámbito médico. Por lo tanto, el enfoque integra distintas perspectivas sobre la temática. El periódico pone el cambio de atención en salud mental como sinónimo del cambio de ley. Esto explica la cobertura constante del periódico en todas las instancias parlamentarias que involucraron el cambio de ley de salud mental.

Al igual que *El País*, *La Diaria* también busca cuidar la objetividad con sus lectores utilizando la cita directa en mayor cantidad que la cita indirecta.

## Período de estudio

La delimitación temporal del corpus comprende el período desde el 1 de enero de 2015 hasta el 11 de agosto de 2017. El 2015 es nuestra fecha de inicio debido a que comprende el inicio de un nuevo período de gobierno (formalmente marzo) y es el año de la muerte de una persona en la colonia Etchepare, hecho que tuvo un gran impacto en la prensa escrita uruguaya. Además, en los primeros meses de 2015, el MSP convoca a formar comisiones de trabajo que serán el sustento de la nueva Ley de Salud Mental.<sup>18</sup> Dadas las participaciones de los profesionales de la salud mental desde comienzos de 2015 hasta la aprobación de la ley en 2017, nos parece un período de tiempo imprescindible para indagar cómo se va construyendo la desinstitucionalización en salud mental. El artículo 37 (Uruguay, 2017), que refiere al cambio de los abordajes en salud mental, se nos presenta como un texto-producto del relacionamiento de los textos expresados en ese período.

17 En el caso que el periódico le adjudique las mismas palabras a dos personas de la misma profesión, como pasa en dos oportunidades, se toma como una intervención.

18 En estas comisiones participaron la sociedad civil organizada, instituciones profesionales y académicas.

## Análisis de la intertextualidad de los textos profesionales

Compartimos con Lemke (1993) que «Los discursos se hacen mediante las interacciones sociales y culturales de muchos hablantes individuales reales durante un período de tiempo»<sup>19</sup> (p. 244). Para indagar la intertextualidad en el discurso de los profesionales de la salud mental, utilizamos los aportes de Bazerman (2004), que identifica los niveles de intertextualidad y las técnicas de representación de la intertextualidad.

Los niveles de intertextualidad en Bazerman (2004) son seis y están presentes en los textos que invocan a otros textos de manera explícita o ideas de otros textos.

Las técnicas de representación intertextual permiten reconocer los niveles de intertextualidad mencionados antes. Estas técnicas representan las palabras o expresiones de otros por medio de:

1. Una cita directa expresada entre «comillas, sangría de bloque, cursiva u otro tipo de separación tipográfica de las demás palabras del texto»<sup>20</sup> (Bazerman, 2004, p. 88).
2. Cita indirecta o parafraseo cuando se especifica una fuente y se intenta transcribir lo que quiso decir.
3. La mención de un documento, persona o declaración —el documento o la persona les es familiar o tiene autoridad entre los lectores y, por lo tanto, no es necesario fundamentar sus opiniones para adoptarlas—.
4. Comentario o evaluación de una declaración, texto o voz evocada de forma diferente a lo que esta decía, es decir, el caso de quien discute con alguien sin tomar lo que el interlocutor dijo, sino algo diferente. En los textos analizados no identificamos este tipo de representación.
5. Frases reconocibles o términos asociados con un grupo de personas específico. En el caso de los textos de profesionales en salud mental es muy frecuente que usen términos provenientes de sus disciplinas.
6. Frases comunes que refieren a discusiones con otras posturas, uso de negaciones para polarizar con otros textos marcando sus diferencias: «La utilización de un lenguaje y formas que parecen hacerse eco de ciertas formas de comunicación, discusiones entre otras personas, tipos de documentos»<sup>21</sup> (Bazerman, 2004, p. 89).

19 En el original se lee: «Discourses are made by the social and cultural interactions of many actual, individual speakers over a period of time».

20 En el original se lee: «quotation marks, block indentation, italics, or other typographic setting apart from the other words of the text».

21 En el original se lee: «Using language and forms that seem to echo certain ways of communicating, discussions among other people, types of documents».

Retomando los niveles de intertextualidad y ejemplificando, tenemos un primer nivel en el que el texto se basa en textos anteriores para obtener significados, utilizados al pie de la letra. En las publicaciones analizadas podemos mencionar como ejemplo una cita de *El País* (2015) al documento *Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay* (Acuña y Sánchez, 2014) como fuente de significado para afirmar lo que debería involucrar un cambio en salud mental.

DIARIO	FECHA	AUTOR DE LA NOTA	DISCIPLINA	NIVEL DE INTERTEXTUALIDAD	TÉCNICA DE REPRESENTACIÓN DE INTERTEXTUALIDAD	CORPUS
<i>El País</i>	4/1/2015	Paula Barquet (en versión papel)	Psiquiatría	Uso textual del trabajo <i>Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay</i> como fuente de significado sobre los aspectos que deberá incluir el cambio en salud mental (Nivel 1)	Cita directa de profesional de la salud mental que se representa a través del uso de comillas. Mención del documento <i>Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay</i> , texto de prestigio para los lectores que no necesita fundamentación para dar cuenta de su legitimidad. La terminología usada está asociada a un grupo particular como los médicos: «prevención y promoción», «hospitales de día».	«No se han incorporado en forma integral los fenómenos de violencia, marginalidad, alcoholismo y drogadicción, género, los problemas de la salud mental y el trabajo, el estigma de la enfermedad mental, entre otros»; «inexistencia de niveles intermedios de acogida, hospitales de día, centros nocturnos»; «escasez de servicios y programas comunitarios»; «los enfoques de promoción y prevención, las estrategias poblacionales de salud pública y el abordaje intersectorial» quedan en segundo plano.»

Fuente: elaboración propia.

El segundo nivel refiere a cuando un texto expresa (*draws*)<sup>22</sup> un drama social explícito en textos anteriores. Se citan puntos de vista distintos sobre una situación controversial. Hubo posturas divergentes por parte de los

22 Elegimos poner *expresa* porque es indiferente traducir literalmente el término como ‘dibuja’ (Bazerman, 2004), según los intereses de la investigación

profesionales en relación con la situación de las personas en las instituciones de salud mental, sobre todo en la colonia Etchepare.

DIARIO	FECHA	AUTOR DE LA NOTA	DISCIPLINA	NIVEL DE INTERTEXTUALIDAD	TÉCNICA DE REPRESENTACIÓN DE INTERTEXTUALIDAD	CORPUS
<i>El País</i>	31/3/2015		Medicina (autoridad de ASSE) <sup>23</sup>	Presenta un drama social explicitado por la jueza en noticias anteriores sobre la situación de pacientes en las colonias. Se contraponen visiones. (Nivel 2)	Cita directa de profesional de la salud mental y autoridad de ASSE. Utilización de una negación: «No creo...», como forma de polarizar y, por lo tanto, evocar otra postura sobre el tema, en este caso, contraponerse a la jueza del caso Etchepare.	«No creo que se haya incurrido en violación de derechos humanos. Si ustedes visitan las colonias verán que los pacientes conviven, están en contacto con la naturaleza, y hay un problema de asistencia externa donde los pacientes en medida que se van recuperando son trasladados a hogares con cuidadores.»

Fuente: elaboración propia.

El tercer nivel alude a cuando un texto utiliza explícitamente otras aseveraciones para sostener su argumentación o para contraponerla con otras. Se usan cifras, informes, leyes o frases de noticias anteriores para afirmar o contraponer la posición de los profesionales en salud mental tanto en *El País* como en *La Diaria* sobre lo que debe implicar un cambio en la atención en salud mental.

23 Todos los cargos que se mencionan en la obra corresponden al período estudiado entre 2015 y 2017.

DIARIO	FECHA	AUTOR DE LA NOTA	DISCIPLINA	NIVEL DE INTERTEXTUALIDAD	TÉCNICA DE REPRESENTACIÓN DE INTERTEXTUALIDAD	CORPUS
<i>El País</i>	27/3/2015	Pablo Melgar	Psiquiatría (autoridad de ASSE)	Se usa la ley de protección animal por parte de psiquiatra y autoridad de ASSE, para dar apoyo a sus afirmaciones sobre la situación en Etchepare (Nivel 3).	Cita directa de profesional de la salud mental y autoridad de salud pública. Mención de una ley como documento de autoridad para sostener su perspectiva ante los lectores.	«la ley de protección animal no permite matar a los perros, de todas maneras, hay algún artículo que nos permitiría sacarlos, Sabemos que nos vamos a encontrar con esa ley es un freno para estas cosas.»
<i>La Diaria</i>	7/6/2017	Amanda Muñoz	Psicología	Se utiliza el término <i>trastornos mentales</i> de noticias anteriores para apoyar su afirmación sobre el proyecto de ley (Nivel 3).		Añadió que «este proyecto ratifica una línea médica-biologicista y psiquiatrizante- de que las personas tienen trastornos mentales por causas personales, individuales y biológicas, y que no tienen nada que ver con lo social».
<i>La Diaria</i>	9/8/2017	Amanda Muñoz	Psicología (parlamentario)	Se toma el término <i>trastorno mental</i> del proyecto de ley para apoyar sus afirmaciones (Nivel 3).	Cita indirecta de psicólogo y parlamentario. Mención de documentos del ACDDHH, la ONU y la INDDHH que es una fuente de autoridad para los lectores.	Detalló también «los elementos que faltan», que, tal como recordó, han sido señalados como una carencia por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) y por las 54 organizaciones que integran la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos (CNLSM). «No se han respetado en su totalidad los estándares en cuanto a las denominaciones», reconoció Núñez respecto del término <i>trastorno mental</i> que, si bien fue eliminado en algunos artículos, continúa presente en el texto.

Fuente: elaboración propia.

El cuarto nivel es el que, de forma menos explícita que los anteriores, da cuenta de un texto que expresa creencias, ideas o declaraciones que, por lo general, circulan entre los lectores. Esto puede ser por atribución a una fuente específica o son de sentido común. En algunos de los textos de los profesionales, las ideas, creencias y declaraciones circulaban en el sentido común. Un ejemplo de esto es la importancia otorgada a la familia para que pueda ocurrir un cambio en salud mental.

DIARIO	FECHA	AUTOR DE LA NOTA	DISCIPLINA	NIVEL DE INTERTEXTUALIDAD	TÉCNICA DE REPRESENTACIÓN DE INTERTEXTUALIDAD	CORPUS
<i>El País</i>	9/5/2015	Viviana Ruggiero	Medicina (presidenta de ASSE)	Explicita ideas que suelen circular entre los lectores: Conforman el sentido común de los lectores, la necesidad de que las familias participen en el cambio de atención en salud mental. (Nivel 4)	Cita directa de profesional de la salud y autoridad de ASSE.	«Nos queda mucho por hacer en infraestructura, pero sobre todo tenemos que revisar el sistema de la atención a la salud mental. Hay que reducir los ingresos y mejorar los egresos, pero para eso necesitamos compromisos más amplios, como el de las familias.»

Fuente: elaboración propia.

En el quinto nivel los textos utilizan términos como *trastorno mental* o *tratamiento farmacológico*, que forman parte del mundo de la medicina, en particular, la psiquiatría. El uso de lenguajes normativos, como los fallos de la jueza sobre los traslados de los pacientes de la colonia Etchepare, así como la necesidad de elementos de contralor que aseguren el cumplimiento de una normativa, pertenecen sobre todo al mundo jurídico o del derecho. Estos lenguajes normativos no necesariamente los expresan los agentes del Poder Judicial.

DIARIO	FECHA	AUTOR DE LA NOTA	DISCIPLINA	NIVEL DE INTERTEXTUALIDAD	TÉCNICA DE REPRESENTACIÓN DE INTERTEXTUALIDAD	CORPUS
<i>La Diaria</i>	4/3/2016	Amanda Muñoz	Psicología (parlamentario)	La expresión «órgano de revisión debe ser independiente» alude a mecanismos de contralor en la ley. Referencia al mundo jurídico que plantea resguardar derechos (Nivel 5).	Cita directa de profesional de la salud mental y parlamentario. Terminología asociada al grupo particular de profesionales del derecho.	«Es una muestra más de que el órgano de revisión debe ser independiente. Se necesita a veces una mirada desde el exterior a la problemática, que no naturalice funcionamientos, sino que busque cambiar todas las cosas que le hacen mal al sistema.»

Fuente: elaboración propia.

El sexto nivel alude al caso en el que un texto, usa formas del lenguaje con recursos lingüísticos disponibles sin llamar la atención: «Allí va la gente y es un viaje de no retorno» (Díaz del Peral en «Según la jueza», 2015, § 1) alude a lugares similares a los manicomios, sin indicar que esa expresión tiene relación a cuando se habla de la muerte.

DIARIO	FECHA	AUTOR DE LA NOTA	DISCIPLINA	NIVEL DE INTERTEXTUALIDAD	TÉCNICA DE REPRESENTACIÓN DE INTERTEXTUALIDAD	CORPUS
<i>El País</i>	30/3/2015	J Pablo Correa	Psiquiatría	La expresión «Allí va la gente y es un viaje de no retorno...» se usa desde tiempos remotos para dar cuenta de la muerte y su no retorno. En este caso se usa esta expresión sin llamar la atención que se está describiendo a los manicomios (Nivel 6).	Cita directa de profesional de la salud mental.	«sitios parecidos a manicomios»; «las personas entran y no tienen ninguna perspectiva de salir»; «Allí va la gente y es un viaje de no retorno, es un poco espeluznante»

Fuente: elaboración propia.

## Los tópicos de la desinstitucionalización en salud mental

La sistematización de lo expresado por los profesionales de salud mental en sus textos se llevó a cabo identificando, en un primer momento, los términos recurrentes utilizados por estos en los periódicos para referirse a la atención en salud mental. Relacionamos estos términos, que se repetían, según los niveles de intertextualidad de Bazerman para conformar los tópicos en un segundo momento. En un tercer momento se hizo un trabajo interpretativo de cada uno de los tópicos.

Los tópicos que se establecen en las secciones de los capítulos de análisis serán tratados a continuación. Las marcas de intertextualidad dentro del periódico *El País* nos permitieron identificar:

- Los rasgos sensacionalistas en la selección y presentación de noticias referidas a la salud mental por parte del periódico. Este tópico fue trabajado según los aportes de Molek-Kozakowska (2013), después de hacer una revisión bibliográfica sobre el sensacionalismo en los medios de comunicación. También se utilizan conceptos de *discurso profesional* y *discurso mediático* en tanto discurso de elite (Van Dijk, 2002). Estos discursos tienen una gran incidencia para colocar sus perspectivas en la agenda pública debido al lugar de privilegio en el que se encuentran.
- El tópico referido a la figura del médico jefe surge como categoría de análisis de los textos profesionales sobre la atención en salud mental, en este sentido se aplicaron las conclusiones de los estudios foucaultianos sobre el poder psiquiátrico (Foucault, 2005) y las investigaciones de Barrán (1994) sobre la medicina del 1900 en Uruguay.
- Los cambios en la atención en la salud mental dirigidos a la población se analizan según la noción de *dispositivo de seguridad* (Foucault, 2006, 2016b) que, auxiliado por la noción de *medio*, nos permite pensar una atención en la comunidad. Esta perspectiva comunitaria está presente en los textos estudiados sobre la nueva conceptualización de la atención en salud mental.
- La construcción de un hospital penitenciario como tópico en la conceptualización de la desinstitucionalización, como se establece en los textos profesionales, en el período estudiado (2015-2017) la analizamos en clave de biopoder. Aunque en este caso desde una anatomopolítica (Foucault, 2012), poder ejercido sobre el cuerpo en términos disciplinares. Tanto la anatomopolítica y la biopolítica según Foucault (2012) son nociones fundamentales para entender la atención en los marcos de la comunidad o en un posible hospital penitenciario. Los aportes de Fairclough (1992) nos permiten entender este ejercicio del poder en términos discursivos y críticos.

Por otra parte, el análisis de la intertextualidad del periódico *La Diaria* arroja los siguientes tópicos:

- La visión integral sobre la atención en salud mental en *La Diaria*, se expresa debido a que se tomaron la voz de los diferentes profesionales (médico, psicólogos, abogados) en distintos ámbitos. Los profesionales de la salud mental se citan tanto directa como indirectamente, como voceros de organizaciones profesionales y sociales. Este tópico involucra el análisis de la documentación de las organizaciones sociales y profesionales que fueron referidas tanto por los profesionales como por *La Diaria* a través de técnicas de representación intertextual (Bazerman, 2004).
- La situación de muerte de la colonia Etchepare se categorizó e interpretó como un quiebre en el dispositivo disciplinar, que dio origen a un discurso que coloca a la comunidad como ámbito de intervención en el que se apela a la *solución comunitaria* (Gordon, 2012).
- En los textos profesionales aparecen el modelo de recuperación y la búsqueda de la autonomía de los pacientes como elementos que debe contemplar el nuevo modelo de atención. Interpretamos y problematizamos la libertad, en términos de autonomía, según Axel Honneth (2014), dado que nos parece necesario pensar los alcances y limitaciones de las diferentes ideas de libertad, que en el marco de una nueva conceptualización de la atención en salud mental se presentan.
- La perspectiva de derechos humanos es un tópico en debate en la conceptualización del modelo de atención en salud mental, que lo analizamos en el marco de la discusión entre derecho internacional y derecho interno (Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay [Ielsur], 2006). Entre las formaciones discursivas de los profesionales, se analizan las críticas sobre la falta de armonía entre los estándares internacionales en salud mental y la legislación aprobada en 2017.
- El trastorno mental como forma de denominar y adjudicar una identidad a los usuarios de los servicios de atención en salud mental es un tópico recurrente y de disputa entre profesionales de la psiquiatría y psicología. El trastorno mental, en Uruguay, es sinónimo del término *enfermedad mental* y, discursivamente, da cuenta de un discurso médico que se presenta como hegemónico (Fairclough, 1992).
- En el último apartado de *La Diaria* pensamos el modelo de cambio en la atención en salud mental según la grilla de inteligibilidad del biopoder (Foucault, 2012). Tanto la atención comunitaria —que permite se visualizar una regulación propia del dispositivo de seguridad— como la construcción de un hospital penitenciario como dispositivo disciplinar son complementarios para entender la conceptualización de la desinstitucionalización en salud mental.

El análisis de la intertextualidad entre *La Diaria* y *El País* tiene cuatro tópicos emergentes que fueron categorizados e interpretados en términos de biopoder (Foucault, 2012). Tanto en *La Diaria* como en *El País*, profesionales de la salud mental asocian el cambio de atención en salud mental a la izquierda. En este sentido, hicimos una revisión bibliográfica que permitiera explicar algunas conexiones entre las reformas de los servicios de atención en salud mental y la izquierda en sus diferentes presentaciones.

Por otra parte, el lenguaje sanitario-penitenciario y comunitario constituyen el cambio en la atención en salud mental en el discurso profesional. Este se analiza en términos de biopoder (Foucault, 2016).

A su vez, el cambio en la conceptualización de la atención en salud mental nos lleva a identificar una cronología sobre el momento en que comenzaron a desplegarse las acciones por parte de los encargados de la política pública en salud mental en los periódicos que conforman nuestro corpus. Identificamos la situación trágica en la colonia Etchepare de marzo de 2015 como un acontecimiento importante para entender la producción de los discursos profesionales sobre la necesidad de un cambio en la conceptualización de la atención en salud mental. Estos discursos también nos permiten analizar la complejidad que constituyen las acciones políticas en salud mental, expresadas en el cambio de ley (Uruguay, 2017). En este sentido, adoptamos una perspectiva crítica con supuestos humanistas (Ema, 2004) para problematizar el surgimiento y alcance de las acciones políticas en salud mental a partir del acontecimiento en la colonia Etchepare.

Por último, los discursos profesionales constituyen identidades sociales (Fairclough, 2008). Es por ellos que analizamos cómo las perspectivas de derechos humanos y del trastorno mental establecen ciertas relaciones terapéuticas en los servicios de salud mental.

En los siguientes capítulos analizamos el discurso de los profesionales en *El País* y *La Diaria* sobre el cambio en la conceptualización de la atención en salud mental. Trabajaremos desde una perspectiva crítica con los tópicos expuestos.



### El discurso profesional en *El País*

En este capítulo analizaremos la intertextualidad de los textos de profesionales de la salud mental publicados en *El País* y postularemos que la desinstitucionalización del artículo 37 de la reciente Ley de Salud Mental es un producto construido, entre otros, por los textos profesionales utilizados por la prensa escrita de circulación masiva.

La desinstitucionalización nos indica un cambio discursivo en la atención en salud mental, que se presenta como el cierre de estructuras asilares para pasar a una atención en la comunidad. Si bien la palabra *desinstitucionalización* en salud mental no se menciona como tal por parte de los profesionales en *El País*, sí se mencionan, y nos parece prioritario, elementos que constituyen discursivamente un cambio de atención en salud mental que, por lo tanto, construirán la multiplicidad y relacionalidad de los significados de la desinstitucionalización.

El cambio del modelo de atención en las noticias de *El País* entre litigios y acuerdos discursivos por parte de los profesionales serán la antesala y la sala de residencia de la desinstitucionalización en la nueva ley de salud mental. Con el propósito de hacer lo más amena posible la tarea al lector, optamos por dividir este capítulo en apartados.

En un primer apartado expondremos la postura de *El País* en relación con el modelo de atención en salud mental, la cual definimos como una postura *técnica médica*, debido a las voces de los profesionales que pone en circulación y las fuentes con las que informa sobre la temática. Esta postura también presenta *rasgos sensacionalistas* por la elección de los contenidos —peligrosidad, violencia y muerte— que se usan para presentar la atención en salud mental y los elementos lingüísticos en la construcción de las noticias sobre la temática.

En el segundo, hacemos referencia a una de las características que hacen al modelo de atención en salud mental en Uruguay: el jefe médico. Su figura permite identificar el trinomio entre medicina, Estado y política en salud mental como condicionante de los cambios en la atención.

En el tercero, se trabaja la necesidad de que el Estado tenga un papel protagónico en Uruguay para que los cambios en materia de salud mental sean posibles. La salud pública y su búsqueda del bienestar de la población como objetivo principal marcan un cambio de énfasis en el discurso de la política sanitaria y, por ende, en la política en salud mental. La atención en salud mental tendrá a la población como protagonista bajo el léxico *comunidad*,

por un lado, y como objeto de intervención, por otro, en el que el contexto de residencia de la población pasa a ser central en el cambio de la atención. El asilo como espacio de atención en salud mental, bajo la égida del dispositivo disciplinar, se complementará por un dispositivo de seguridad que interviene en el espacio extrahospitalario.

En el cuarto, damos cuenta de cómo el hospital penitenciario viene a ser una formación de compromiso entre un posicionamiento sanitarista de la enfermedad mental, concebida bajo los parámetros de la enfermedad orgánica, y un posicionamiento que destaca la peligrosidad de las personas que residen en los servicios de atención en salud mental. El no cierre de las colonias en el corto plazo aparecerá condicionado por la falta de familias que se encarguen de los pacientes, lo que las ubica en una supuesta función terapéutica al igual que el asilo. Por último, se destaca el vínculo entre el hospital como estructura asilar y monovalente y la posible derivación de los pacientes que residen allí hacia el hospital penitenciario como parte del cambio en la atención en salud mental.

En el quinto, se establecen las conclusiones de este análisis como un primer insumo para responder la pregunta que guía esta investigación. Consideramos importante describir y explicar qué significados se construyen sobre el nuevo modelo de salud mental y cómo se utiliza el discurso profesional para legitimar una postura en el debate público sobre el tema.

## El País y la atención en salud mental

En un total de treinta y seis noticias relacionadas con la temática publicadas por el diario *El País* entre el 1 de enero de 2015 y el 11 de agosto de 2017, observamos la participación discursiva de tres tipos de profesionales que se expresan en relación con la salud mental, la locura, la enfermedad mental, la patología psiquiátrica, la alteración mental, los pacientes judiciales, los pacientes psiquiátricos y los enfermos psiquiátricos. Profesionales de la medicina, la psicología y la abogacía aportan estos ítems léxicos (términos) que *El País* los utiliza en sus noticias para referirse a la atención en salud mental. Estas noticias nos aportan un entramado de signos en permanente entrecruzamiento y nos permiten identificar el modelo de atención en salud mental de los profesionales en la prensa escrita de circulación masiva.

Al decir de Volóshinov (2009): «En el inicio de una investigación lo que hace falta no es una definición, sino unos lineamientos metodológicos...» (p. 75). En este sentido, tomaremos todas las palabras de los profesionales en salud mental para comenzar a ilustrar los textos que componen el cambio discursivo de la atención en salud mental.

Si bien la historia de *El País*<sup>24</sup> ha estado expuesta a las vicisitudes de la realidad uruguaya desde comienzos del siglo xx, solo identificaremos cómo el periódico ha seleccionado y usado las voces de los profesionales en salud mental sobre el modelo de atención. *El País* otorga a los médicos 40 participaciones en todo el período estudiado, 23 de estas a psiquiatras; por otro lado, hay 4 intervenciones de psicólogos y 7 de abogados. La diferencia entre el número de participaciones de los médicos en relación con el resto de los profesionales en salud mental mencionados, marca el énfasis médico que cuantitativamente sostiene el diario en el tema de la atención en salud mental.

En términos cualitativos, también podemos afirmar el mismo énfasis, dado que la única investigación sobre el tema que el diario usa de forma recurrente y explícita (en cuatro oportunidades) es *Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental en Uruguay* (Acuña y Sánchez, 2014), premiada por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU). En ese trabajo identificamos el punto de vista médico sobre cómo debería de ser el modelo de atención en salud mental. *El País* llega a adoptar el diagnóstico de dicha investigación en su editorial («Una deuda humanitaria», 2015) para señalar los problemas del modelo de atención en salud mental.

En términos de técnica de representación de intertextualidad (Bazerman, 2004), es destacable que el periódico utiliza, en su mayoría, la cita directa. De esta manera, el periodista no tiene tanto margen para dar su visión personal en el contenido, que sí podría hacerlo mediante la cita indirecta. Por lo tanto, en el periódico hay un intento de marcar una idea de objetividad para sus

---

24 En capítulo sobre la metodología se informa sobre el diario *El País*.

lectores, lo que genera en ellos la percepción de una mayor neutralidad al armar la noticia. La cita indirecta o parafraseo se usa en menor medida y, sobre todo, cuando se intenta comunicar ideas más generales de los autores. En estos casos, el diario tiene mayor posibilidad de introducir su punto de vista.

En conclusión, el diario se orienta hacia una postura técnica médica con rasgos sensacionalistas sobre el cambio del modelo de atención. La postura se apoya en la investigación *Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental en Uruguay* (Acuña y Sánchez, 2014) y los rasgos sensacionalistas se expresan en las portadas dedicadas por el periódico a la muerte de una persona en la colonia Etchepare en marzo de 2015. A continuación, desarrollaremos estos aspectos.

### Postura técnica médica

El documento *Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay* es una investigación teórica que «intenta ser un aporte, fundamentalmente conceptual, para llevar adelante las necesarias transformaciones en salud mental (SM) en Uruguay» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 196). Las transformaciones que plantea el documento y que analizaremos a continuación expresan el punto de vista médico en relación con las transformaciones que se deberían de efectuar en salud mental. Esta es la postura técnica que *El País* asume para comunicar a sus lectores.

*Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay* (Acuña y Sánchez, 2014) oficia como documento con autoridad para los lectores del diario (Bazerman, 2004). Además, es prioritario en relación con el cambio de atención en salud mental que se efectúa a través del discurso. En este sentido, es fundamental analizar los elementos planteados en la fuente.

Cada vez que *El País* detectó fallas en la atención en salud mental, hizo circular la investigación de Ricardo Acuña y Delia Sánchez (2014), en la que los autores analizan las fallas de la atención en salud mental y plantean un cambio. La investigación, en términos cuantitativos, es la más mencionada —cuatro oportunidades—. Es necesario aclarar que no existe en *El País* ninguna otra fuente que se haya mencionado en más de una oportunidad. También se integran algunos de los elementos de la fuente mencionada en una nota editorial del periódico, lo que demuestra que la postura de *El País* está alineada con la investigación de los psiquiatras.

Según Ricardo Acuña y Delia Sánchez (2014), el sistema asilar representa obstáculos desde el punto de vista asistencial: «El sistema asilar se perpetúa, mantiene niveles que podríamos denominar como “residuales” de asistencia asilar con aproximadamente 1000 pacientes...» (p. 200), aunque en ningún momento en la investigación se afirma la necesidad del cierre de las colonias o el hospital Vilardebó.

Por otra parte, los autores consideran que el documento de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental (MSP, 2005) es una fuente legítima: «El Documento Programático de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental [CATPPNSM] de 2005 mantiene total vigencia, por lo que puede constituirse en punto de partida para la elaboración de un nuevo plan de SM» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 200).

Acuña y Sánchez (2014) por medio de una cita directa del documento de la CATPPNSM de 2005 destacan:

Aun cuando persisten realidades inaceptables, que no debemos admitir como inevitables, un nuevo estilo de atención está en condiciones de desplegarse: la hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible; la asistencia en la comunidad; la educación del paciente; y su familia; los espacios psicoterapéuticos; grupales y personales; la extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de usuarios, familiares y organizaciones comunitarias; el énfasis en los derechos humanos; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue; el acceso pleno de los pacientes a la vida social; el diseño de los proyectos terapéuticos con objetivos claros, concepción integral y evaluación sistemática; la distribución concertada de los roles en los equipos de salud; el mejoramiento de los contratos de técnicos y funcionarios. este conjunto apuntará a articularse en el Sistema Nacional Integrado de Salud (pp. 200-201).

La brevedad de la hospitalización, la asistencia en la comunidad, la educación de pacientes y familia, la psicoterapia y rehabilitación y el énfasis en los derechos humanos son puntos fundamentales de «un nuevo estilo de atención que está en condiciones de desplegarse» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 200).

Con relación al asilo, además de no afirmar su cierre como sosteníamos antes, se plantea cierta necesidad de la atención en el asilo, dado que se lo supone como parte de la organización de la nueva atención en salud mental, «la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 201). Las necesidades de asilo o albergue seguirían siendo parte del «nuevo estilo de atención» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 200), aunque deben discriminarse de la hospitalización. Esto se corresponde con el antecedente no planteado por Acuña y Sánchez (2014) para enmarcar ese nuevo estilo de atención en salud mental. Resulta llamativo que, cuando se nombran los documentos regionales e internacionales<sup>25</sup> que legitiman los cambios en la atención, se omite el Consenso de Panamá de octubre de 2010 (OMS, 2010), documento que plantea «Fortalecer el modelo

25 Algunos de los documentos mencionados por Acuña y Sánchez (2014) son el Informe de la OMS (2001); el de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007, 2005); el de la Comisión de las Comunidades Europeas (COM, 2005), y el de la OMS (2011).

de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década» (p. 1). La postura de erradicar el *sistema manicomial* que expresa el documento (OMS, 2010) es distinta a la de los autores Acuña y Sánchez, lo que parecen explicar la omisión de este documento. Una de las ideas de la investigación de Acuña y Sánchez en relación con el cambio de atención en salud mental es su postura de no afirmar el cierre de las estructuras asilares, sino pensarlas como complemento en la atención. A pesar de esto, como veremos a continuación, se establece un cambio que amplía la atención en salud mental.

Acuña y Sánchez (2014) destacan tres conceptos imprescindibles que articulan aspectos que involucran intervenciones en salud mental a escala poblacional: la salud pública, los determinantes sociales y las funciones esenciales en salud pública. La salud pública tiene como objetivo promocionar el bienestar de la población o en su defecto restaurarlo. La atención en salud mental integrada dentro de la salud pública se orienta a la población, no solo a aquellos que circulan dentro de las estructuras asilares y monovalentes (colonia Etchepare, colonia Santín C. Rossi, hospital Vilardebó). Para hacer posible su cometido se debe operar en los determinantes sociales de bienestar y hacer alusión a los distintos planos que estos atraviesan como los contextos ambientales, políticos (distribución de poder), económicos, culturales en los que transcurre la vida de las poblaciones. En este sentido, en todos los ámbitos donde circula la vida de las personas se juega la atención en salud mental. Por último, las funciones esenciales en salud pública, que se despliegan en los distintos ámbitos de la vida de las personas, se ejercen, sobre todo, como acciones de prevención y promoción en salud mental.

La promoción de la SM y la prevención de las enfermedades mentales implica una reducción del riesgo de enfermedades mentales y de las alteraciones de conducta, lo que impacta no solo en el plano sanitario general, sino también en lo social y económico, en la medida que favorece la inclusión social y la productividad, con disminución del coste en materia de costo de asistencia social y atención sanitaria (Acuña y Sánchez, 2014, p. 206).

Este enfoque consiste en acciones basadas en supuestos multicausales en torno a la salud mental, en las que se interviene de forma constante y se desplaza la centralidad de la relación entre profesional y usuario hacia la relación entre profesional y entorno. El entorno social donde viven las personas como causantes de enfermedades mentales (situaciones de vivienda, acceso a la educación, capacidad de producir una rentabilidad en el plano económico) refiere a las conductas cotidianas de las poblaciones y no solo las inscriptas «en el plano sanitario general», sino «también en lo social y económico» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 206).

Para que sea posible la estrategia de atención en salud mental, es necesaria más participación de la epidemiología, debilidad del sistema vigente según Acuña y Sánchez (2014):

Ausencia de datos epidemiológicos de morbilidad, por lo que se ignora la carga real de las enfermedades mentales», así como «Ausencia de profesionales de la salud pública o de epidemiología en los niveles de dirección de SM. Marginación de la SM en el contexto de la medicina y de las políticas sociales en general, lo que se asocia al tema del estigma de la enfermedad mental (p. 208).

Los conceptos de salud pública, los determinantes sociales y las funciones esenciales en salud pública que trabajan Acuña y Sánchez (2014) establecen un campo de acción en relación con la atención en salud mental que, si bien no niega el asilo, lo trasciende. Esta nueva escala de intervención que tiene como objeto a la población en sus ámbitos de existencia necesita, según los investigadores, del aporte de la epidemiología y médicos en la comunidad. La entrada del pensamiento estadístico y una medicina con una territorialidad que se ubiquen por fuera del asilo parecerían ser algunos de los puntos que pueden ser la alternativa de un «Escenario general de descaecimiento, denigración o vulgarización del conocimiento científico-técnico» (Acuña y Sánchez, p. 209). Se trata de un escenario y diagnóstico que *El País* comparte y lo trasmite en sus publicaciones al comienzo de 2015.

*El País* usa la investigación de Acuña y Sánchez en «La deuda que nadie»<sup>26</sup> (2015) para aportar elementos críticos sobre la atención en salud mental. El editorial «Una deuda humanitaria» (2015) menciona la investigación de Acuña y Sánchez (2014) para señalar los déficits de la atención en salud mental que ocasionaron la muerte de paciente en la colonia Etchepare. También el 5 de abril *El País* («Vidas rotas dentro»,<sup>27</sup> 2015) se refiere en su portada a la investigación de Acuña y Sánchez, que aparece como elemento de apoyo al fallo de la jueza sobre la situación de las personas en la colonia Etchepare. Por último, se vuelve a mencionar la investigación en noticia de *El País* «Mudan a 60 pacientes; faltan 21» (2015), sobre los traslados de los pacientes de la colonia Etchepare debido a las condiciones inhumanas en las que estaban.

Hay dos ideas que se presentan en la investigación de Acuña y Sánchez (2014) que nos parece importante remarcar. Por un lado, el no cierre de la estructura asilar, debido a que es un complemento en la atención. Por otro, una atención orientada a la población. Creemos que estas ideas guardan relación con las noticias publicadas por *El País* sobre la atención en salud mental.

---

26 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Paula Barquet, pero, debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas a la periodista como autora de la noticia.

27 Ídem.

*Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay* fue la fuente prioritaria de *El País* para tener un respaldo técnico respecto del modelo de atención en salud mental. Esta investigación, según «La deuda que nadie» (2015), recibió el Premio Nacional de Psiquiatría en el 2013. Esto la vuelve un material de referencia entre los profesionales en salud mental y, como veremos en el resto del capítulo, afirma la posición de jefe médico en el sentido de priorizar la voz de los médicos sobre el resto de los profesionales de la salud mental y, a su vez, reproducir el lugar de poder de la medicina en el sistema de atención uruguayo. Estas características dan cuenta de la postura médica de *El País*, además de la técnica, dado que visibiliza la investigación de técnicos en la materia.

Los autores Acuña y Sánchez (2014) advierten que el «escenario general de corporativismos en alza» (p. 209) es una de las amenazas del sistema. A nuestro entender, este escenario se expresa en términos disciplinares con la existencia de un discurso disciplinar por encima de otros. Es posible que las diferencias en cuanto a la cantidad de participaciones de médicos en relación con el resto de los profesionales de la salud mental en *El País* y el material que fue usado como fuente prioritaria en la temática no ayuden a generar un escenario diferente.

## Rasgos sensacionalistas

Es necesario destacar que los rasgos sensacionalistas se le adjudican al diario en relación con la temática de la salud mental y se fundamentan en la selección y construcción de noticias sobre la atención en salud mental. Cuando hablamos de rasgos sensacionalistas nos referimos a palabras y modalidades de expresión (Molek-Kozakowska, 2013) de los profesionales de salud mental y que han sido seleccionadas por *El País* para publicar a sus lectores.

El sensacionalismo y los medios de comunicación es un tópico en permanente debate que involucra cuestiones relativas a la calidad de la democracia representativa, entre otros. La información y las modalidades de comunicación que se construyen entre los medios de comunicación y los ciudadanos no son un simple reflejo de la realidad, sino de la forma de constituirlos.

En cuanto a la salud mental, según Pérez Álvarez (2015), «Los medios de comunicación son la principal fuente de información sobre salud mental para una gran mayoría de la población» (p. 721). En este sentido:

Los reportajes basados en falsos mitos sobre la salud mental y sus alteraciones, que ponen énfasis en la disfunción social de los enfermos o que fomentan la asociación entre enfermedad mental y violencia, contribuyen de forma relevante a la discriminación. Pero también existe otra forma más indirecta en que los medios de comunicación pueden contribuir

potencialmente a la estigmatización, perpetuando usos imprecisos o metafóricos de términos relacionados con la enfermedad mental (p. 721).

*El País* comienza el 2015 dando voz a médicos y autoridades de la administración en salud pública como informantes calificados en la temática salud mental; las noticias sobre salud mental en los primeros meses de 2015 ocuparon la mayor cantidad de portadas en relación con el 2016 y los primeros ocho meses de 2017. Se dedicaron portadas, un editorial y columnas a la noticia de la muerte de una persona por la mordedura de perros en la colonia Etchepare<sup>28</sup> en marzo de 2015. También fueron de gran interés y relevancia para *El País* las noticias referidas a los pacientes judiciales en Vilardebó, que, además del discurso médico, contó con el discurso jurídico. En términos generales, *El País* publica noticias que, por un lado, dan cuenta del contexto de violencia y muerte al que están expuestos los pacientes<sup>29</sup> de las colonias Etchepare y Santín C. Rossi; por otro, se establece un tópico entre peligrosidad y pacientes judiciales.

La construcción de noticias a través de la selección de los textos profesionales es clave para entender la postura del discurso profesional sobre la atención en salud mental y la postura del periódico. Ambas orientaciones tienen incidencia al generar un relato sobre la atención en salud mental en la opinión pública:

Además, existe evidencia de que si la sociedad percibe a las personas con enfermedad mental como peligrosas o incapaces, las políticas y la legislación derivadas de estas creencias tienden hacia el control y la contención en vez de hacerlo hacia la recuperación y la vida en comunidad (Pérez Álvarez *et al.*, 2015, p. 722).

*El País* parafrasea al psiquiatra y director de salud mental de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) que, con sus afirmaciones, establece el nexo entre las personas que residen en el manicomio y

---

28 La colonia Dr. Bernardo Etchepare, fundada en 1912, y la colonia Dr. Santín Carlos Rossi, inaugurada en 1932, son instituciones públicas de Uruguay y se encargan de brindar atención a personas con diagnósticos crónicos en salud mental. En 2016 se unificaron bajo el nombre Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Psicosocial (Rehermann, 2018).

29 Utilizamos el término *pacientes* con el fin de facilitar al lector el hecho de que las personas atacadas por los perros en Etchepare eran aquellas que debían recibir una atención en salud mental. Esto permite no confundir a los afectados en este hecho con otras personas que también residen en la colonia, como trabajadores, profesionales o familiares de pacientes, que no necesariamente se encuentran en una situación de vulnerabilidad como los pacientes.

los peligrosos fingidores que merodean el manicomio para no ir presos: 1)<sup>30</sup> «hay internos peligrosos que fingen patologías para ser trasladados al manicomio» (Porciúncula en «Policía capturó a otro»,<sup>31</sup> 2015, «los simuladores», § 1). El pasaje de la noticia contiene selecciones léxicas como *internos peligrosos*. Dado el alto impacto que provocan en la recepción de los lectores, las podemos calificar en términos de contenido sensacionalista.

Esta postura también se ve en las noticias sobre la muerte de paciente en colonia Etchepare a causa de las mordeduras de perros por los contenidos de muerte y violencia a los que alude. En nota titulada «Ley protege a perros “asesinos”» (2015), en la que se comunican los hechos transcurridos en la colonia Etchepare, identificamos por medio de la selección léxica *asesinos* un ejemplo que ilustra lo mencionado.

De un total de treinta y seis noticias que *El País* le dedica a la salud mental en el período estudiado, en trece se menciona la muerte de paciente en la Etchepare.<sup>32</sup> La noticia «Mujer se ahorcó en sala de seguridad de Vilardebó» (2016) también tiene a la muerte y la violencia como elementos centrales que ocupan la portada del diario. El editorial y las columnas de *El País* que tratan sobre la situación de la muerte en colonia Etchepare son: «Una deuda humanitaria» (2015); «Animales en disputa» (Ribeiro, 2015); «Un país Etchepare» (Aguirre, 2015); «¿Y los derechos humanos?» (Sanguinetti, 2015).

Con relación a la peligrosidad como elemento fundamental, de las 36 noticias referidas a la atención en salud mental, en nueve se hace hincapié en la peligrosidad de las personas que residen en las colonias y el hospital Vilardebó. Este discurso parte, sobre todo, de la palabra de médicos que ocupan cargos en la dirección de los servicios de atención en salud mental, aunque en algunas ocasiones aparece el discurso proveniente del ámbito jurídico.<sup>33</sup>

30 Para diferenciar las citas tomadas de los periódicos analizados (*corpus* de la investigación) del resto de las citas, establecimos un número al principio de las primeras. Los números establecidos comienzan su secuencia al comienzo de cada sección.

31 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Carlos Tapia, pero, debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas a la periodista como autora de la noticia.

32 El periódico hace referencia a la muerte de paciente de la colonia Etchepare en las siguientes noticias: «Ley protege» (2015), «Ministro de Salud» (2015), «Gobierno intimado» (2015), «Según la jueza» (2015), «Pacientes desprotegidos» (2015), «Inician traslado» (2015), «Reformas en» (2015), «Vidas rotas» (2015), «Mudan 60 pacientes» (2015), «Diputada pide» (2015), «Médicos acusan» (2015), «La salud mental» (2016), «Aún hay perros» (2016).

33 Las siguientes noticias hacen referencia al tópico peligrosidad-salud mental: «Jueces dicen» (2015), «La mitad» (2015), «Bacteria mata» (2015), «Centros psiquiátricos» (2015), «Del Vilardebó» (2015), «Pacientes judiciales» (2016), «Jueces no tienen» (2016), «La locura llegó» (2017), «¿Es posible...» (2017).

Además de tomar la muerte, la violencia y la peligrosidad en términos de contenido sensacionalista, estableceremos la distinción de Molek-Kozakowska (2013) para indagar otra dimensión del sensacionalismo en referencia a los mecanismos formales de presentación de la noticia.<sup>34</sup> Según este autor, el sensacionalismo tiene dos aspectos: la elección de ciertos contenidos, sobre los que trabajamos antes, y la forma de «empaquetar información» (p. 174) para que parezca más interesante o relevante.

Desarrollaremos en lo que sigue algunos mecanismos formales que creemos necesarios para seguir fundamentando los rasgos sensacionalistas del periódico. Estos mecanismos son *utilización de metáforas, revelar supuesta información oculta a sus lectores, evaluación y valoración de hechos, fuerte carga de emotividad y negatividad de las noticias*.

La utilización de metáforas como forma de presentar la información para que parezca más relevante, en este caso por el psiquiatra y autoridad de la administración pública Horacio Porciúncula: 2) «La bomba cayó y el desastre está hecho» («Ley protege a perros»,<sup>35</sup> 2015, § 8). Esta expresión hace referencia a la muerte de paciente en colonia Etchepare. A continuación, Osvaldo do Campo, autoridad de la colonia Etchepare y psiquiatra, en relación con el traslado de los pacientes, expresa la siguiente metáfora sobre la situación: 3) «No es mover cajones» (en «Inician traslado», 2015, § 7).

También se toman las palabras de abogados para dar cuenta de información que devela algo que supuestamente está oculto para el público sobre la situación de los pacientes en las colonias. Según Raúl Oxandabarat, 4) «perros salvajes que conviven en pie de igualdad con los pacientes incluso dentro de los pabellones» (en «Gobierno intimado»,<sup>36</sup> 2015, § 1).

Las condiciones en las que están los pacientes que reciben atención en salud mental, implicó evaluaciones y valoraciones a través de adjetivaciones manifestadas por la psicóloga Cecilia Baroni: 5) «En las colonias, el Vilardebó y los refugios del MIDES [Ministerio de Desarrollo Social] hay unos 2000 uruguayos. Si no podés solucionar eso es porque sos inepto o porque no querés» («La salud mental»,<sup>37</sup> 2016, «Una historia», § 26). También se hacen

34 Si bien refiere al discurso de los profesionales, la selección la hace el periódico.

35 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Pablo Melgar, pero debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas al periodista como autor de la noticia.

36 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Juan Pablo Correa, pero debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas al periodista como autor de la noticia.

37 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Fernanda Muslera, pero debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas a la periodista como autora de la noticia.

valoraciones que sostienen los tópicos vistos antes que involucraban la peligrosidad, como lo sostenido por la médica Susana Muñiz: 6) «los pacientes imputables configuran un riesgo para los funcionarios» («Centros psiquiátricos»,<sup>38</sup> 2015, «judiciales», § 1).

La fuerte carga de emotividad se presentó en varias oportunidades en relación con los tópicos que hacen a la peligrosidad de paciente y a las muertes: 7) «Esta situación se transforma en caótica y generalmente termina en que estos presos pasen al hospital psiquiátrico para su tratamiento» (Porciúncula en «Policía capturo a otro», 2015, «los simuladores», § 2); 8) «Lamentablemente este hecho marca un antes y un después. Esto va más allá de las culpas o responsabilidades personales» (Porciúncula en «Ley protege a perros», 2015, «la vida humana», § 2).

Fueron recurrentes las noticias con fuerte carga de negatividad en relación con la colonia Etchepare desde la muerte de una persona en marzo de 2015: 9) «Allí va la gente y es un viaje de no retorno, es un poco espeluznante» (Díaz del Peral en «Según la jueza»,<sup>39</sup> 2015, § 1); 10) «hemos llegado un punto en el cual nada es más grave que lo sucedido» (Porciúncula en «Ley protege a perros», 2015, «polémica», § 1); 11) «comportamientos aberrantes observados en el ámbito de la asistencia médica, en las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi» (Berro en «Diputada pide intervenir», 2015, «presión», § 7).

Estos mecanismos dan cuenta de elementos pragmaticolingüísticos que, según un estudio de Molek-Kozakowska<sup>40</sup> (2013), son indicadores pertenecientes a las noticias sensacionalistas que las hacen más relevantes y atractivas a sus lectores. No pretendemos afirmar, en este caso, que *El País* sea sensacionalista, sino que entre el 1.º de enero de 2015 y agosto de 2017 publicó noticias sobre salud mental con rasgos sensacionalistas, dado que los elementos mencionados en sus noticias permiten generar un impacto inmediato en los lectores. La utilización de metáforas en gran parte de las noticias sobre muertes y peligrosidad, sobre todo sostenidas por el discurso médico, termina manteniendo y reproduciendo ideas que preconcebidas en los lectores o dan cuenta de la ideología dominante.

---

38 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Valeria Gil, pero debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas a la periodista como autora de la noticia.

39 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Juan Pablo Correa, pero debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas al periodista como autor de la noticia.

40 El estudio comprende un *corpus* de 120 titulares recopilados del *Daily Mail*, evaluado por informantes que identificaron indicadores sensacionalistas al momento de desarrollar la lectura de noticias.

La carga de emotividad, negatividad y valorizaciones terminan dramatizando escenas extraordinarias, como los perros salvajes mordiendo pacientes, y atraen lectores, pero impiden, en algunos casos, identificar las condiciones que producen esos escenarios. Después de la muerte del paciente en la Etchepare, algunas autoridades, como Porciúncula, planteaban un escenario polarizado a través del uso de la negación: 12) «la ley de protección animal no permite...» («Ley protege a perros», 2015, «polémica», § 2). En estos casos, estaban los perros por un lado y las personas por otro y, de forma implícita, se plantean una contraposición entre la protección animal y los derechos de las personas. Tanto es así que esta autoridad llega a manejar como posibilidad la muerte de animales: 13) «la ley de protección animal no permite matar a los perros, de todas maneras, hay algún artículo que nos permitiría sacarlos. Sabemos que nos vamos a encontrar con esa ley que es un freno para estas cosas» («Ley protege a perros», 2015, «polémica», § 2).

Las deixis personal y social como *nuestra* frente a *otros* dan cuenta de estos escenarios polarizados que «empaquetan la información» de la muerte en colonia Etchepare para hacerla más llamativa para los lectores. 14) «Nuestra responsabilidad desde el punto de vista técnico e institucional es la preservación de la vida humana. Otro tipo de cosas son...» (Porciúncula en «Ley protege a perros», 2015, «la vida humana», § 1).

También las deixis de lugares dan cuenta de un escenario cargado de emotividad y valoraciones como 9): «Allí va la gente y es un viaje de no retorno, es un poco espeluznante» (Díaz del Peral en «Según la jueza»,<sup>41</sup> 2015, § 1).

Una última característica a destacar que tiene *El País* en su proceso de verificación de la información es la búsqueda de fuentes oficiales. Las noticias que publica *El País* —corpus de nuestro análisis—, son verificadas por fuentes calificadas, oficiales, pertenecientes a las instituciones implicadas en los acontecimientos.<sup>42</sup> Las noticias sobre los acontecimientos en salud mental se transmiten por medio de las palabras de autoridades de instituciones de salud mental como las colonias, el hospital Vilardebó, el MSP, ASSE. Además de estar encargadas de las administraciones de estas instituciones, estas personas son profesionales de la medicina. De este modo, *El País*, además de verificar sus noticias con fuentes oficiales, nos indica el doble rol de los médicos en el sistema de atención de salud mental en Uruguay.

41 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Juan Pablo Correa, pero debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas al periodista como autor de la noticia.

42 Tal como ha señalado Natalia Uval, los periodistas en América Latina tienen el problema de la dependencia de las fuentes oficiales, lo que tiene efectos como «inercia institucional» (seguir repitiendo lo que se hace bajo el fundamento de la costumbre) o «adaptación al ciclo noticioso (“todos los demás cuentan con esto”）」 (Radakovich, Escuder, Morales y Ponce, 2013, p. 46).

En el siguiente apartado veremos la figura del jefe médico tan presente en el sistema de salud uruguayo y principalmente en la salud mental.

## El jefe médico: ordenar, administrar y dirigir

*El País* usó con frecuencia las palabras de las autoridades de las instituciones en las que se desarrollaban los hechos, quienes, a su vez, eran profesionales de la medicina. El periódico suele identificar y poner en circulación la voz de autoridades médicas cada vez que surgen problemas en las instituciones asilares. Esto se corresponde con la figura del jefe médico mencionada por Foucault (2005), para explicar el funcionamiento piramidal de las estructuras hospitalarias.

Al analizar el poder disciplinar del siglo XVIII, Foucault (2005) establece rasgos específicos del asilo en relación con la familia y el establecimiento de un discurso de verdad por parte de la psiquiatría. Lo importante que establece el filósofo francés es el lugar del asilo en la terapéutica de la locura y cómo el hospital se conceptualiza en tanto máquina panóptica. La función curativa del hospital bajo un diseño panóptico parte de un supuesto muy sostenido por la psiquiatría de la época: el entorno familiar no es un ambiente que permita la curación. Por lo tanto, aislar al loco de su familia era fundamental, y el manicomio debía cumplir con esa función.

El diseño panóptico, entre sus ventajas, permitía la «visibilidad permanente» (Foucault, 2005, p. 109), «percepción triangular de la locura» (p. 110), «juego del castigo incesante» (p. 111) y el elemento que nos importa desarrollar: la figura del jefe médico. Esta doble función de dirección y médico psiquiatra todavía está presente en el sistema de atención en salud mental en Uruguay, y *El País* toma frecuente con frecuencia a la persona en estos cargos como voz legítima para informar a sus lectores.

El lugar del jefe médico implica, según Foucault (2005), lo siguiente:

se modifica el principio de la vigilancia central, esa suerte de torre desde la cual un poder anónimo se ejerce sin descanso. Sin embargo, lo reencontramos hasta cierto punto en el sector destinado al director, que debe estar en el centro y vigilar todos los pabellones dispuestos a su alrededor; pero, sobre todo, aunque la vigilancia central no se realice del mismo modo que en el panóptico de Bentham, siempre se obtiene el mismo efecto, a través de lo que podríamos llamar vigilancia piramidal de las miradas. Tenemos, entonces, una jerarquía constituida por guardianes, enfermeros, vigilantes, médicos, cuyas relaciones siguen la vía jerárquica, y en la cima está el médico jefe, único responsable del asilo, pues el poder administrativo y el poder médico no deben estar desvinculados; todos los psiquiatras de la época insisten en ello. Y, en definitiva, todos los relevos de la vigilancia deben converger en esa suerte de saber-poder unitario y absoluto constituido por el jefe médico (p. 110).

En Uruguay, esta forma de poder piramidal a la que *El País* reconoce al darle voz cada vez que se produce algún suceso en los servicios de salud mental se sostiene en relaciones de poder soberano y disciplinario.

En términos soberanos, podemos decir que Uruguay tiene desde 1936 la Ley del Psicópata, en la que se plantean disposiciones que priorizan a la medicina como administradora de los servicios de salud mental desde el ámbito jurídico. También la conformación de instituciones como el Patronato del Psicópata<sup>43</sup> —en tanto cuerpo de saber que cumple funciones de asistencia sobre todo técnica—, dio lugar a una regla no desde el plano de la soberanía propiamente o en términos de ley, sino que su regla se instaura como norma porque proviene y se fundamenta desde las ciencias médicas.

Si bien el plano disciplinario puede confluir y sostenerse con el plano de la soberanía, el primero excede al segundo debido a las características del objeto que estamos apuntalando: las relaciones de poder en instituciones asilares. El poder médico a principios del siglo xx en Uruguay disputaba el tratamiento de los asilados con la Hermandad de Caridad, que estaba regentado por esta institución religiosa hasta el momento. Ambas instituciones —religiosa y médica— mostraron una vocación a dirigir las almas.

Tomando la tesis de graduación en Medicina y Cirugía de Andrés Crovetto, Fabricio Vomero (2018) como «primer etnógrafo», señala la vocación médica de dirigir:

el médico director debía ser la autoridad total, prescribir los alimentos, el vestuario y dónde debían dormir, ordenar todo medio coercitivo, clasificar a los enfermos, establecer qué relación debía tener cada enfermo con su familia y en general todo tratamiento, ordenar toda salida temporal, y las altas, debía determinar cualquier modificación hospitalaria («el médico director», § 5).

Barrán (1994) plantea un escenario similar sobre el lugar de los médicos cuando pasan a tomar las riendas del asilo, época de secularización de la cultura uruguaya. La vigilancia del médico jefe y su lugar de autoridad son fundamentales en la administración del asilo, que se basa en un supuesto primordial:

De lo que no dudó la psiquiatría del Novecientos fue de las virtudes terapéuticas de la separación temprana del enfermo de su medio familiar. Ese aislamiento fue considerado la primera medida a adoptar y él dio nueva vida al manicomio (p. 42).

---

43 El Patronato del Psicópata fue creado en 1948 y entre algunos de sus fines está el de «Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia —hospitalaria y externa— y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos» (Uruguay, 1949).

El aislamiento del enfermo de su medio como medida terapéutica permite una «más clara observación clínica» y *reposo del cerebro* (Rossi en Barrán, 1994, p. 42), aunque lo más importante es que nadie puede influir sobre el enfermo a excepción del médico. Aislar al enfermo de su familia permite que el médico ejerza su poder sin la competencia de la familia (Barrán, 1994). Así, el psicoterapeuta médico pasa a ser el único con derecho a gobernar al enfermo, un poder que ejerce sobre un cuerpo individualizado. La medicina rompe con una atención que estaba a cargo de una institución religiosa y mediante la figura del jefe médico podrá ejercer la autoridad en la cúspide de la organización piramidal del asilo. En esta organización piramidal aislar al enfermo de su familia era central, al igual que vigilarlo de manera constante, puntos fundamentales para la medicina de la época.

¿Por qué se determina al médico como director del asilo? ¿Por qué la medicina en la sociedad uruguaya desde principios del 1900 tiene que encargarse de la dirección de los servicios de atención en salud? Según Alción Cheroni (1993), la medicina de principios del 1900 constituía, por una parte, un cuerpo de saber en relación con la atención de los enfermos y, por otro, una capa tecnocrática capaz de sostener el proyecto batllista de modernización del Estado. Su preservación de la vida, necesaria para mantener todo el aparato productivo, le permitía al colectivo médico tener una función rectora en el proyecto de país que, a su vez, también le permitirá internamente constituir una fuerte organización corporativa.

Las palabras de Porciúncula permiten identificar la función de preservar la vida por parte de la medicina: 1) «Nuestra responsabilidad desde el punto de vista técnico e institucional es la preservación de la vida humana» (en «Ley protege a perros», 2015, «la vida humana», § 1).

La preservación de la vida humana, desde un plano técnico y también institucional, según las palabras del médico y la autoridad convergen en la figura del jefe médico. Este es un eslabón imprescindible para la construcción de un proyecto de país, como afirma Cheroni (1993), que ante fallas en su zona de incidencia debe dar explicaciones. En este sentido, tras los problemas suscitados en la colonia Etchepare por la muerte del paciente en marzo de 2015, *El País* da voz a Do Campo, director de la colonia Etchepare y psiquiatra: 2) «Es muy delicado, no es tan fácil convencer de los traslados y acostumbrarse a los cambios, pero tengo que cumplir con la sentencia» (en «Inician traslado de pacientes», 2015, § 7). Estas palabras del jefe médico hacen referencia a las dificultades de realizar cambios en la colonia Etchepare después de la muerte del paciente en este centro de salud mental por mordeduras de perros. La sentencia a cumplir por parte del médico refiere al traslado de los pacientes de la colonia Etchepare, debido al diagnóstico sostenido por la jueza del caso, Viviana Granese, sobre las condiciones en que se encuentran los pacientes: 3) «desprotegidos sus derechos humanos fundamentales, como

ser: la vida, su integridad física, su salud, su higiene y su bienestar in totum» («Pacientes desprotegidos en», 2015, § 2).

Estas afirmaciones del discurso del derecho fueron objeto de desacuerdo con el médico de la dirección de ASSE y el director de la colonia Etchepare. En este sentido, el primero, Enrique Soto, sostiene: 4) «No creo que se haya incurrido en violación de derechos humanos...» («Conviven con la naturaleza», 2015, § 2).

La negación que comienza afirmando el médico vicepresidente de ASSE polariza con lo dicho por la profesional del derecho Granese, que aludía a una situación de desprotección en los «derechos humanos fundamentales» («Pacientes desprotegidos en», 2015, § 2), en la que se encontraban los pacientes en la colonia Etchepare. La polarización entre lo jurídico y lo médico también estuvo expresada por medio de otra negación, por parte de Do Campo, al momento de cumplir con la resolución de traslado de los pacientes: 5) «no es mover cajones» (en «Inician traslado», 2015, § 7).

Soto, el vicepresidente de ASSE y médico en línea similar al director de la colonia Etchepare sobre los traslados plantea: 6) «No hay otro lugar donde trasladarlos, son pacientes judiciales, entonces no es tan fácil» («Reformas en el pabellón»,<sup>44</sup> 2015, § 1).

Las diferencias entre profesionales del derecho y autoridades médicas bajo la figura del médico jefe expresan un problema en la organización piramidal como forma de gobierno de las instituciones asilares. La figura del médico jefe, en la que convergen «todos los relevos de la vigilancia» (Foucault, 2005, p. 110) del asilo, sufren una herida en su organización tras la muerte del paciente en Etchepare. El discurso del derecho evidencia que hay, en este caso, un modo de organización que no garantiza la preservación de la vida. La medicina queda cuestionada en su encargo institucional de preservar la vida.

El poder disciplinar apuntalado en la administración de los cuerpos para la conservación de la vida aparece cuestionado por no velar por los derechos fundamentales. El poder disciplinar, mientras tanto, en este caso en la medicina, tiene un discurso propio que no es el discurso jurídico del derecho, aunque por momentos puedan complementarse: «El discurso de la disciplina es ajeno al de la ley; es ajeno al de la regla como efecto de la voluntad soberana» (Foucault, 2014, p. 45).

Según Foucault (2014), el poder disciplinario se sostiene en un discurso basado en la regla natural, la norma, «no el de la regla jurídica derivada de la soberanía» (p. 45) En este sentido, el código de regulación que establece la disciplina le corresponde al campo de las ciencias humanas y no al jurídico. El discurso médico, por lo tanto, opera según un código basado en la

44 Esta noticia en formato papel aparece bajo la autoría de Carlos Tapia, pero debido a que en formato digital no aparece su autoría y este es el formato que elegimos como soporte de la investigación, tomamos la decisión de no adjudicar en las referencias del texto y en las referencias bibliográficas al periodista antes mencionado como autor de la noticia.

normalización y tiene su fundamento en un saber clínico. Si bien el discurso soberano con base en la regla jurídica se yuxtapone al discurso disciplinario, como se expresa en la medicalización de los comportamientos, ambos tienen diferentes formas de ejercicio del poder. El poder soberano sostenido en el discurso jurídico de la jueza del caso plantea la necesidad de controlar el territorio (Foucault, 2014): 7) «perros salvajes que conviven “en pie de igualdad” con los pacientes incluso dentro de los pabellones» (Oxandabarat en «Gobierno intimado», 2015, § 1). El no control del territorio que lleva a no discriminar lo humano de lo animal pasa a ser fundamental para el discurso jurídico, ya que se vulneran los derechos de lo humano. En cambio, en el discurso disciplinar sostenido por médicos, se apunta a la administración de los cuerpos y su objeto es el cuerpo individualizado y no el control de un territorio en particular. Esto explica por qué, ante la sentencia de la jueza de trasladar pacientes, los médicos plantean la dificultad que ello supone en cuanto a movilidad y control de los cuerpos en un espacio que: 5)<sup>45</sup> «no es mover cajones» (Do Campo en «Inician traslado», 2015, § 7).

Do Campo, médico y director de la colonia Etchepare, plantea dificultades para conducir los pacientes, apoyado en un saber técnico que alerta las complejidades de paciente. En la misma línea, Soto, médico vicepresidente de ASSE, explicita esta situación con las opciones léxicas *pacientes de este tipo, se descompensan*. 8) «Se hicieron consultas para trasladarlos, lo que pasa es que se han tratado de trasladar pacientes de este tipo del hospital Vilardebó en alguna oportunidad y se descompensan» («Reformas en el pabellón», 2015, § 6).

Con relación a la norma médica —disciplinar— y su diferencia con la del discurso jurídico, tenemos las palabras del médico ante el fallo de la jueza por violación de los derechos humanos en la colonia Etchepare:

9) No creo que se haya incurrido en violación de derechos humanos. Si ustedes visitan las colonias verán que los pacientes conviven, están en contacto con la naturaleza, y hay un programa de asistencia externa donde los pacientes en la medida que se van recuperando son trasladados a hogares con cuidadores (Soto en «Conviven con la naturaleza», 2015, § 2).

La norma que establece el médico se diferencia de la norma jurídica sostenida por Granese («Pacientes desprotegidos en», 2015). Esto da cuenta de las claras diferencias de las regulaciones del discurso jurídico y las del discurso médico.

---

45 Cita ya mencionada en esta sección, debido a esto se repite un número ya adjudicado y se le agrega un paréntesis al comienzo. Esto estará señalado de esta forma en todo el libro.

Ante esta situación, ¿hasta qué punto el discurso jurídico permite, además de cuestionar, oficiar como discurso rector de la nueva atención en salud mental? Esto debería responderse teniendo en cuenta la siguiente advertencia:

no podemos limitar los efectos mismos del poder disciplinario con el recurso a la soberanía contra la disciplina. De hecho, soberanía y disciplina, legislación, derecho de la soberanía y mecánicas disciplinarias son elementos absolutamente constitutivos de los mecanismos generales del poder en nuestra sociedad. A decir verdad, para luchar contra las disciplinas o, mejor, contra el poder disciplinario, en la búsqueda de un poder no disciplinario, no habría que apelar al viejo derecho de la soberanía; deberíamos encaminarnos hacia un nuevo derecho, que fuera antidisciplinario, pero que al mismo tiempo estuviera liberado del principio de la soberanía (Foucault, 2014, pp. 46-47).

El cuestionamiento del poder disciplinario que sostiene la atención en la colonia Etchepare no apareció cuestionado como tal, aunque se hicieron anuncios de cambios en la política sanitaria por medio de una autoridad de ASSE y médico psiquiatra, Porciúncula, quien plantea que la colonia Etchepare pasaría de una «etapa asilar» a «un lugar de contención» («Según la jueza», 2015, § 1). El supuesto lugar de contención que menciona este profesional debe dejar la etapa asilar. Estas afirmaciones dan lugar a preguntarse qué se pasaría a hacer con aquellas personas que residían en las colonias. La presidenta de ASSE y médica Muñiz se encarga de afirmar que dejar la *etapa asilar* no involucraría el cierre de las colonias en el corto y mediano plazo: 10) «No cerramos las Colonias porque hay personas que ya no tienen familia. No quiere decir que no tengamos previsto hacerlo a largo plazo» («No vamos a poder», 2015, § 4).

Cerrar las colonias es un punto que el discurso médico no admite en primera instancia, omite, como señalábamos en relación con Acuña y Sánchez (2014),<sup>46</sup> o relativiza. Esta última deriva del cierre de las colonias y la expresa el psiquiatra y director del programa de salud mental del MSP, Ariel Montalbán: 11) «Las colonias como tales se cierran, eso no implica que el lugar físico se cierre, se tienen que transformar en hogares con una rehabilitación. No hay que plantear falsas oposiciones» («La salud mental», 2016, «¿rehabilitar y encerrar?», § 11). El tópico sobre el cierre de las colonias, con sus distintas derivas, indica un punto que constituye los cambios que se plantean como necesarios y que el discurso médico señala.

Humberto Casarotti (2007), al caracterizar la formación histórica de principios del siglo XX, momento en el cual afirmamos que cobra relevancia el jefe médico, sostiene que es una época en la que se dan las

46 Ver «Postura técnica médica» en el análisis de las publicaciones de *El País*.

institucionalizaciones pertinentes que asentarán las bases para el período de modernización que vivió Uruguay. Esto tiene como efecto, para el autor, «reformas sociales, económicas y políticas que transformaron al país en una sociedad equilibrada, progresista, optimista y confiada, que fue denominada “la Suiza de América”» (p. 154).

Nos parece pertinente indicar que, así como hubo cambios institucionales a principios del siglo xx en Uruguay —que constituyen el discurso de la Suiza de América— (Casarotti, 2007, p. 154), estos involucraron el desplazamiento de la institución religiosa por una dirección médica en términos de conducción de la atención en salud mental, situación que en la actualidad parece necesario repensar. La estructura piramidal de gobierno de los servicios de salud mental, que permite un ejercicio de poder disciplinar que converge en la figura del médico jefe, es un punto primordial a modificar en un cambio de atención en salud mental.

*El País* nos permite identificar al médico jefe como una de las características de los servicios de atención en salud mental en Uruguay cuando toma las palabras de autoridades de la administración pública en salud —MSP, ASSE— que ocupan cargos de dirección y que también son médicos de profesión. En este sentido, sostenemos que existe un fuerte relacionamiento a partir de comienzos del siglo xx entre la medicina, el Estado y política en salud mental en Uruguay. Por lo tanto, para que sean posibles los cambios en la atención en salud mental, los integrantes del trinomio deben producir cambios en sus relacionamientos. La disolución de la figura del médico jefe parecería ser un eslabón fundamental como punto de arranque. En la siguiente sección, veremos los otros dos integrantes del trinomio, el lugar del Estado y la política en salud mental en Uruguay.

# El bienestar de la población y dispositivos de seguridad

## Superar la atención intramuros y el lugar del Estado

El 2015 comienza con una entrevista al psiquiatra Acuña en *El País* («La deuda que», 2015), en la que se señala la situación de «histórica marginación» de la salud mental en Uruguay. El periódico cita la investigación de Acuña y Sánchez (2014)<sup>47</sup> con frecuencia para diagnosticar la deuda del FA<sup>48</sup> como partido en el gobierno desde hace diez años en materia de salud mental. Se creía que la situación de marginación de la salud mental que podía ser distinta, debido a las expectativas que se tenían en 2005 al asumir un Gobierno de izquierda.

1) la asunción del primer gobierno de izquierda en la historia del país, que trajo como una de sus banderas el cambio en el modelo sanitario en el Uruguay, se esperaba por parte de todos los actores vinculados a la salud mental el comienzo de los cambios («La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 2).

La idea de la izquierda asociada al cambio en el modelo sanitario pasa establecerse como un pendiente de estos gobiernos, que no han realizado cambios en el modelo sanitario de salud mental. Los psiquiatras establecen selecciones léxicas como *modelo sanitario* para ubicar el problema de la salud mental en un marco médico. Un aspecto importante de este cambio en el modelo médico que demandan los psiquiatras en la investigación «Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay» (Acuña y Sánchez, 2014) es el énfasis en la integralidad que debería de tener este modelo a diferencia del actual.

*El País* cita críticas de psiquiatras al modelo sanitario en salud mental sobre la falta de integralidad: 2) «No se han incorporado en forma integral los fenómenos de violencia, marginalidad, alcoholismo y drogadicción, género, los problemas de la salud mental y el trabajo, el estigma de la enfermedad mental, entre otros». El espectro de problemas que pasa a ser objeto de la atención en salud mental se amplía: fenómenos de violencia, marginalidad, problemas del trabajo (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 3). Por lo tanto, la política en salud mental debe basarse en una estrategia de mayor

47 Investigación analizada en el presente capítulo, ver «Postura técnica médica» en el análisis de las publicaciones de *El País*.

48 El Frente Amplio, partido político uruguayo fundado el 5 de febrero de 1971, se auto-define como «una fuerza política de cambio y justicia social; de concepción progresista; democrática, popular, antioligárquica y antiimperialista; y conforma una organización para la acción política permanente con el carácter de coalición y movimiento sobre bases de respeto recíproco de la diversidad ideológica, funcionamiento democrático y unidad de acción» (FA, 2018, «principios del FA», § 1).

alcance. Esta orientación que amplía el abanico de intervención con el objetivo de descentralizar la atención intramuros propone una estrategia de atención compuesta por hospitales de día,<sup>49</sup> programas comunitarios<sup>50</sup> y una política pública en salud mental con foco en determinantes de promoción y prevención. Esta perspectiva involucra los conceptos mencionados por Acuña y Sánchez (2014) de *salud pública, determinantes sociales de la salud y funciones esenciales* de la salud pública,<sup>51</sup> lo que marca un nuevo énfasis en el discurso político-sanitario sobre la atención en salud mental.

Desde 1945, la psiquiatría francesa de sector<sup>52</sup> planteó la posibilidad de funcionar fuera de los muros del manicomio, lo que según Foucault (1980) daría cuenta de una «psiquiatría abierta, múltiples, facultativa, que en vez de aislar a los enfermos y desplazarlos donde están, en su medio, preparándose posiblemente, en efecto [sic] una desaparición del manicomio» (p. 10). Aunque ante esta nueva estrategia de intervención, sostiene Foucault, (1980): «No es el sector otra forma más flexible de hacer funcionar la medicina mental a modo de higiene pública, presente en todas partes y presta siempre a intervenir» (p. 10). La operación hacia los determinantes que hacen a la vida de las poblaciones se inscribe como una nueva estrategia de atención en salud mental que, a través de prácticas de promoción y prevención de hábitos saludables, generan un nuevo campo de intervención que sobrepasa las vetustas fronteras de los muros hospitalarios. Esto podría significar que en todo comportamiento y conducta esté en juego la salud mental, campo en permanente tensión de biorregulaciones institucionales y estatales entre otras.

Una de las claves para entender los cambios políticos en Uruguay es visualizar la importancia del papel del Estado al momento de acompañar los cambios, en este caso, en cuanto a la atención en salud mental. Algunas de las razones que hasta el momento se esbozan para la permanencia del sistema asilar es la falta de presupuesto e iniciativa por parte del Estado: 3) «Tiene una inercia de continuidad, dado que no se destina presupuesto suficiente ni se han presentado planes para superar ese modelo» (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 9); 4) «Ausencia de liderazgo del

49 Hospitales que brindan atención en salud mental sin internación.

50 Consiste en acciones de atención en salud mental en la comunidad donde residen las personas. En este sentido, se trabaja con la persona afectada y su entorno.

51 Conceptos ya mencionados en la sección «Postura técnica médica del diario *El País*».

52 Psiquiatría que plantea la atención a la población en su zona de residencia. Según Coupechoux (2010), está fundada sobre ciertos principios: el cuestionamiento del papel del psiquiatra «el desalienista, dijo Lucien Bonnafé, es quien, habiendo superado la posición del alienista, se presenta en la plaza pública diciendo: ¿En qué puedo servirle?». La afirmación del papel central del equipo —cada uno tiene un rol de terapéutico a asumir—, la continuidad del tratamiento —dentro y fuera del hospital, durante toda la vida—, los vínculos externos con la comunidad, todo ello se organiza en sectores geográficos (en aquella época se trataba de sectores de 70.000 habitantes) («nacimiento de la», § 12).

Ministerio de Salud Pública» (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 12).

Para que ocurran cambios, parece ser necesario un Estado que marque como prioridad la necesidad de cambios en la atención en salud mental a través de una asignación presupuestal suficiente, así como un Estado que se coloque en posición de liderarlos a través de la figura del MSP. El lugar del Estado en la generación de cambios en la sociedad uruguaya es fundamental, según José Pedro Barrán y Benjamín Nahum (2002), dado

que la región fue Estado antes que nación plena al lograr su independencia en 1828, y también de que por su condición de «país nuevo», al decir del Novecientos, las clases sociales tenían vigor y dinamismo propio y todas necesitaban, como lo decía un miembro de la Unión Industrial uruguaya en 1913, «la consideración oficial». Esta realidad sigue vigente aún hoy (p. 52).

Si bien los historiadores uruguayos piensan en las crisis y en la necesidad de recurrir al Estado como protagonista clave para solucionarlas a través de un proyecto nacional, sostenemos que las posibilidades de un cambio en la atención en salud mental también implican la idea de un papel protagónico del Estado.

Los profesionales de la salud mental que *El País* cita como voz legítima, en su mayoría, tienen cargos de responsabilidad en las instituciones del Estado, tal como afirmábamos en la sección dedicada al médico jefe.<sup>53</sup> Esto configura uno de los resortes para los cambios en la atención en salud mental en Uruguay, lo que señala el nexo entre dos —medicina y Estado— de los tres elementos que componen el trinomio ya mencionado —medicina, Estado y política en salud mental en Uruguay— para pensar los cambios en la atención en salud mental, que tienen sus antecedentes desde comienzo del siglo XX. Ahora, nos parece necesario ver el nexo entre Estado y política en salud mental, sobre todo en las palabras de los profesionales.

## La salud mental y el bienestar

En Uruguay, la política sobre la salud mental de principio del siglo XX tuvo al batllismo<sup>54</sup> como escenario político en la creación de las colonias Etchepare y Santín C. Rossi (Casarotti, 2007). La atención en salud mental se inscribía en el contexto del gobierno batllista, protector, en el que el papel del Estado en materia económica tenía un fuerte énfasis en políticas de carácter social o

53 Ver «El jefe médico: ordenar, administrar y dirigir».

54 Batllismo como impulso progresista que caracteriza al período de reformas sociales desde comienzos del siglo XX hasta el golpe de Estado de Gabriel Terra en 1933. Se toma como referencia la obra de Real de Azúa (1964) *El impulso y su freno*.

similares a una economía de bienestar. A más de cien años de estos hechos, las palabras de expectativas de psiquiatras sobre «el primer gobierno de izquierda» (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, § 2) se asemejan al anhelo de un Estado fuerte<sup>55</sup> y presente.

La izquierda<sup>56</sup> y su presencia estatal en la salud mental como política social parece ser una de las características que define a estos gobiernos. En relación con el vínculo entre el cambio en la salud y este primer Gobierno del FA, podemos señalar como un hecho importante la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La Ley n.º 18.211, en su artículo 1, «reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud» (Uruguay, 2007). Esta legislación tiene entre sus cometidos la cobertura universal de los habitantes de Uruguay en la atención en salud y la accesibilidad a los servicios,<sup>57</sup> objetivos que están comprendidos en del acervo político de la izquierda.

La nota «La deuda que nadie paga» (2015), además de dar cuenta de la situación de deuda que el Estado uruguayo enfrenta en relación con la salud mental, en el contexto de un gobierno de izquierda, establece el lazo entre el Estado y una idea de izquierda que se preocupa por el bienestar de la población. El Estado protector, que se suele conocer como el Estado de bienestar, está entre los supuestos de psiquiatras para proyectar un cambio de atención en salud mental. Esto se percibe al identificar los problemas que se destacan en la atención en salud mental para los psiquiatras y que el primer Gobierno de izquierda no cumplió con las expectativas en cuanto a desarrollar una política pública en salud mental, en la que el Estado tiene un papel fundamental. La salud mental quedó en segundo plano para los psiquiatras: 5) «los enfoques de promoción y prevención, las estrategias poblacionales de salud pública y el abordaje intersectorial» (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, § 8).

La salud pública, tal como se expresa en la participación de psiquiatras en *El País*, es un concepto fundamental que Acuña y Sánchez (2014) mencionan en «Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay»:

Si entendemos por Salud Pública «El esfuerzo organizado de la comunidad para proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana y restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde y en caso

55 Con gran capacidad para cubrir las demandas sociales.

56 Sobre la izquierda y su influencia en los movimientos de cambios en la atención en salud mental nos dedicaremos en la sección «La izquierda y la salud mental».

57 Cuando en su artículo 3 la Ley n.º 18.211 (Uruguay, 2007) plantea entre sus objetivos «La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud».

de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo a su medio social, laboral y cultural», vemos que la SM no escapa a esta definición (p. 202).

Identificamos un nexo entre la presencia en un Estado protector, representado a través de un gobierno de izquierda que apunta al bienestar de la población, y una salud pública que aporta insumos técnicos para conseguir el bienestar. Esta salud pública, dirigida al bienestar de la población, se piensa en clave de salud mental.

El movimiento de la OMS desde 1948 al modificar su definición de *salud mental* con la opción léxica *completo bienestar* (Bellahsen, 2014), permite que siempre se tenga la posibilidad de intervenir a las poblaciones, sea desde la promoción de hábitos saludables o desde la rehabilitación para reinsertar al enfermo en su medio. Para destacar como el ítem léxico *bienestar* en el ámbito de la salud, se lo empieza a instalar en el marco de la conformación de los Estados de bienestar, entendiendo por ello a los Estados de posguerra que se proponen atender a las poblaciones por medio de políticas sociales para aminorar las situaciones de desigualdad y los efectos de la guerra en el plano de las necesidades básicas.

Para Mathieu Bellahsen (2014) podría existir una influencia de la economía de bienestar en la salud mental: «Puede ser que debamos ver allí la influencia de la corriente de la economía del bienestar que, en el mismo período, se desarrolló bajo los auspicios de Arthur Pigou, cuyo trabajo fue continuado en 1947 por Paul A Samuelson»<sup>58</sup> (pp. 92-93).

El bienestar de la población como objeto de la atención en salud mental presenta dimensiones distintas al clásico dispositivo disciplinar, que nos permitía entender la lógica de funcionamiento de un manicomio. En este sentido, nos parece importante marcar cómo esta estrategia de atención en salud mental a las poblaciones, además del papel protagónico de un Estado de bienestar, necesita de nociones como la de *medio* para entender el nuevo dispositivo de seguridad, que involucra una intervención a las poblaciones en sus contextos. Este dispositivo de seguridad constituye su intervención por fuera del manicomio y bajo una lógica de funcionamiento distinta del dispositivo disciplinar.

A continuación, nos dedicaremos a ver las particularidades de ese objeto de intervención que tiene el discurso de la salud mental: la población.

---

58 En el original se lee: «Peut-être faut-il y voir l'influence du courant de l'économie du bien-être qui, dans la même période, se développe sous l'égide d'Arthur Pigou dont les travaux sont poursuivis en 1947 par Paul A Samuelson».

## Una política hacia la población

Según Foucault (2014), la población como objeto de bienestar y, por ende, de intervención, es un «nuevo recorte del objeto médico por la aplicación de otra escala de observación» (p. 214). Foucault (2012) aborda la noción de *población* como una de las aristas centrales que hacen al ejercicio del poder sobre la vida. Para el filósofo francés, el poder sobre la vida —*biopoder*— desde el siglo XVIII se desarrolla en dos formas. Según explicábamos en la sección metodológica, una de ellas se centra en el cuerpo en tanto instancia individual, por medio de un poder disciplinario o antomopolítica. Esta estrategia de poder es la que constituye la atención manicomial. La segunda forma de ejercicio de poder, la biopolítica, es cuando la población o el cuerpo en tanto especie es el objeto a regular

Tal como se expresa con anterioridad, los profesionales de salud mental sostienen que la estrategia extramanicomial implica a la población en su conjunto, tanto a quienes son pacientes como a quienes no lo son.

Foucault (2014b) define en el seminario *Defender la sociedad* la noción de *población* como «masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etc.» (p. 220). Esta definición ubica a la población en términos de objeto en tanto *masa global* que recibe la afectación de distintos procesos que hacen a la vida. Se trata de una posición centrada en las afecciones que recibe. En el seminario *Seguridad, territorio, población*, Foucault (2006) advierte el carácter de sujeto que tiene la población, además de la de objeto:

Ya podrán ver que aparece tanto en cuanto objeto, es decir, el blanco al cual apuntan los mecanismos para obtener de ella determinado efecto, [como en cuanto] sujeto, pues se le pide que se conduzca de tal o cual manera (p. 63).

La población como objeto, en el sentido de ser objeto de prácticas que hacen a la prevención o promoción en salud mental, la identificamos tal como se muestra en varias noticias de los profesionales en salud mental: 6) «Avanzar en la promoción y prevención mediante actividades en escuelas y empresas y cambios sobre el eje derechos de los pacientes» (Acuña en «La deuda que», 2015, «propuesta», § 1). A su vez, en términos de objeto de intervención constituida por actividades de promoción y prevención, la población necesita de la noción de *medio*, cuestión que se analiza en «La población como objeto: El medio y su importancia para las intervenciones poblacionales».59

En cambio, concebimos la población en términos de sujeto político bajo el término *comunidad*, presente en la definición de *salud pública*: «El esfuerzo

---

59 Ver el apartado «La población como objeto: El medio y su importancia para las intervenciones poblacionales».

organizado de la comunidad para proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 202). La comunidad pasa a ser sujeto en el sentido de generar una forma de atención hacia la población. Por lo tanto, el posicionamiento de la comunidad en términos de sujeto nos permite identificar qué características posee en el abordaje de la salud mental.

Analizaremos, en una primera instancia, la población en términos de sujeto, que bajo el ítem léxico *comunidad* se presenta como elemento terapéutico central en el nuevo modelo de atención en salud mental. En segunda instancia, estudiaremos la población como objeto y su vinculación con la noción de *medio*, elemento fundamental para constituir el dispositivo de seguridad de la atención en salud mental.

En primera instancia, la comunidad —con las distintas formas en la que se la puede nombrar—, aparece en el discurso de profesionales como un punto fundamental en el cambio de atención en salud mental. Jorge Basso, médico y ministro de Salud Pública, hace referencia al ítem léxico *comunitarios* en una declaración sobre el cierre paulatino de las colonias psiquiátricas Etchepare y Santín C. Rossi (en «Plan del MSP», 2015): 7) «necesidad de crear centros comunitarios para la rehabilitación donde se atienda al paciente ya compensado» (Basso en «Plan del MSP», 2015, § 5); 8) «tendría que haber residencias transitorias para albergar a esos pacientes con acompañantes comunitarios» (Basso en «Plan del MSP», 2015, § 5).

Los centros comunitarios, así como acompañantes comunitarios, empiezan a conformar la atención en salud mental que tienen al término *comunidad* como referencia. Otra variante del ítem léxico *comunidad* como es el caso del adjetivo *comunitaria* aparece asociado a la humanización de la atención y la rehabilitación. Por lo tanto, lo humano pasa a ser un valor que porta la comunidad: 9) «Entonces la idea es humanizar la atención con una red de estructuras de atención comunitaria y rehabilitación» (Muñiz en «Del Vilardebó», 2015, «llamado», § 1). La rehabilitación como concepto del ámbito médico es definida según el psiquiatra Rafael Sibils de la siguiente manera: 10) «rehabilitar implica que el individuo logre el máximo dentro de sus capacidades y circunstancias» (en «¿Es posible salir?», 2017, «dejar de ser», § 3). En este sentido, la comunidad pasa a oficiar de ideal terapéutico. En el discurso del cambio de atención, insiste en ello: 11) «En las Colonias no se puede rehabilitar a nadie, se tiene que rehabilitar en la comunidad» (Sibils en «La salud mental», 2016, «¿rehabilitar y», § 10).

Por su parte, Porciúncula, en el contexto del cambio de legislación en salud mental, afirma lo comunitario en el nuevo modelo de atención: 12) «Alternancia para cuando empiece a regir la ley serán las “unidades de inserción comunitaria”» («La ley que», 2016, «en práctica», § 7).

Siguiendo a Bazerman (2004), los términos utilizados por los profesionales de la salud mental evocan un mundo social particular<sup>60</sup> que identificamos con *comunidad*. El mundo comunitario y los distintos términos que aparecen asociados a este nos indican la comunidad —y el valor humanista que esta porta— como uno de los elementos fundamentales del nuevo modelo de atención en salud mental. En el siguiente apartado, veremos el problema de idealizar a la comunidad.

### *La población como sujeto: La comunidad como indicio de un problema*

Según Daniel Alvaro (2015) la comunidad despierta como problema cuando se establece un relato en torno a su pérdida, lo que produce una «nostalgia de la comunidad» (p. 26). Es interesante destacar uno de los supuestos con los que trabaja el autor (2015): la constatación de la pérdida de la comunidad establece, a la vez, un ideal político de una buena sociedad o sociedad ideal a alcanzar.

La búsqueda de una comunidad ideal, según Alvaro (2015), parte de una postura metafísica que la concibe como unidad ideal superior, adjudicándole ciertas características de socialización entre sus miembros. Se trata de vínculos sólidos y armoniosos que dan cuenta de valores naturales, auténticos, orgánicos, duraderos, vivos; en oposición a los vínculos artificiales, inauténticos, momentáneos, muertos, que se supone priman en la sociedad.

La sociedad, como aquello opuesto a la comunidad en tanto entidad ideal, da cuenta de un modo de socialización fragmentado y artificial en el que las «relaciones son impersonales, abstractas y generales» (Alvaro, 2015, p. 40). La perspectiva genealógica de Alvaro (2015) y su interés por deconstruir las oposiciones propias del pensamiento dualista y metafísico desde Platón hasta la actualidad nos permite ver los efectos retóricos que la idea de comunidad ha tenido al polarizar un escenario político. Esto nos permite identificar la elección del léxico comunitario en el discurso profesional sobre los cambios en la atención en salud mental que, por momentos, establece también una polarización, aunque esta es entre asilo y comunidad.

En primer lugar, vemos que hay un juego de oposiciones entre lo asilar y lo comunitario en el que la superación de lo asilar podría tener como efecto no deseado idealizar cierta idea de comunidad que impida analizar las complejidades que configuran la oposición: 13) «Vamos hacia la superación del modelo asilar» (Porciúncula en «Etchepare: tras», 2015, «la salida», § 5). Pero ¿hacia dónde vamos?

El supuesto inicial de idealización de la comunidad —que necesariamente debe contraponerse a lo no ideal para tener la condición de ideal— se

---

60 Sobre el quinto nivel de intertextualidad desarrollado por Bazerman (2004), dirigirse al capítulo 2 «Precisiones teóricas y metodológicas».

contrapone al asilo, por lo que se corre el peligro de constituir un pensamiento dualista. Todo aquello que se reconoce como opuesto a lo asilar se nombra como comunitario, sin embargo, el significado de lo comunitario se torna polémico y difuso. Se debe tener en cuenta este aspecto si no se quiere crear nuevos minimanicomios en función de la falta de reflexión sobre lo que implicaría lo comunitario. En palabras de la psicóloga Paula Correa: 14) «He visto casas de familia donde tienen a tres mujeres en el living durmiendo. Funcionan como minimanicomios» (en «¿Es posible salir...», 2017, «volver a ser», § 9).

Las casas de familia encargadas de la atención de pacientes fuera del asilo, que supuestamente van en la línea de un modelo que supere el asilo, terminan funcionando en una lógica de institución total<sup>61</sup> que administra la cotidianidad de las personas en sus más íntimos detalles.

Con relación al modelo de las casas con cuidadores,<sup>62</sup> como otra de las alternativas del cambio del modelo de atención —que daría cuenta del modelo comunitario—, Baroni establece algunas críticas sobre el funcionamiento de las casas con cuidadores: 15) «Lo que dicen los usuarios es que en ocasiones no los dejan salir, les dan la comida cuando se les ocurre, los castigan por determinadas cosas» (en «La salud mental», 2016, «solución cuestionada», § 5). La psicóloga, parafraseada después de estas críticas, afirma que 16) «el problema no es el dispositivo, sino los controles» (Baroni en «La salud mental», 2016, «solución cuestionada», § 5). Si bien el dispositivo de las casas con cuidadores encargadas de la atención de pacientes con problemas de salud mental está dentro de las modalidades que representa la atención en la comunidad, dado que se encuentran geográficamente fuera del manicomio, lo reproducen en su funcionamiento.

Desde 2015, tras la muerte de paciente en la colonia Etchepare, la comunidad pasó a transformarse en protagonista del discurso profesional en *El País*. El director de ASSE y psiquiatra parafraseado por *El País* al momento de marcar el énfasis del nuevo modelo de atención en salud mental dice: 17) «hay casas de medio camino —Lavalleja y Treinta y Tres, por ejemplo— y que la idea es replicar esta modalidad, “darle un empujoncito”, de modo de conformar una “atención comunitaria en red”» (Porciúncula en «La ley que», 2016, «en práctica», § 9). Con relación a quienes estarán encargados de la atención además de los profesionales, Porciúncula también menciona: 18) «No se trata de tener psiquiatras en “cantidades industriales”, sino de generar

61 Según Goffman (2001), por institución total se entiende «como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable en el tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (p. 13).

62 Llamadas *casas de salud* por la gente de la zona de Ituzaingó, pueblo cercano a las colonias (cuatro kilómetros) que alberga a exresidentes de las colonias como parte de la atención en salud mental («La salud mental», 2016).

seguimiento de los casos a través de las herramientas disponibles en cada comunidad» (en «La ley que», 2016, «en práctica», § 11).

La comunidad y la carga valorativa que esta tiene al representar lo auténtico, lo cercano, lo natural, lo personalizado (Alvaro, 2015) puede ser un ítem léxico que nos permite oponernos a lo que no se quiere: el manicomio. Aunque resulta difícil saber si este posicionamiento que adopta la población, bajo el amparo del léxico comunitario, es la forma de generar otro modelo de atención en salud mental que cuestione las relaciones de poder vigentes o es, simplemente, otra forma de consolidar las relaciones de poder, pero con una integración más eficaz gracias a (17) «las herramientas disponibles en cada comunidad» (Porciúncula en «La ley que», 2016, «en práctica», § 11). Algo sí podemos afirmar: la comunidad parecería ser lo que hay que construir y no tanto lo que se debe constatar.

### *La población como objeto: El medio y su importancia para las intervenciones poblacionales*

Hasta el momento y en una primera instancia, pensar la población en tanto sujeto político nos condujo a identificarla bajo el campo léxico *comunidad*, pero advertimos algunos problemas si se la concibe en términos metafísicos. A continuación, someteremos la noción de *población* en términos de objeto, posición ya identificada,<sup>63</sup> y la profundizaremos con el auxilio de la noción de *medio*.

Según Foucault (2006), el *medio* como noción teórica nos permite explicar la acción de un cuerpo sobre otro a distancia; espacio donde circula y se sostiene la acción; lugar material donde existen efectos masivos que impactan en sus residentes. En este sentido, la población en tanto «multiplicidad de individuos» (p. 42) —o residentes ligados a un contexto dentro del cual existen— se torna objeto de intervención.

Las intervenciones sobre la población con el *medio* como categoría explicativa (Foucault, 2006), permite trascender las intervenciones centradas en los cuerpos, para pasar a intervenciones focalizadas en el relacionamiento de los cuerpos a distancia. El *medio*, en este sentido, resulta oportuno para nuestro análisis al reconocer que el nuevo modelo de atención en salud mental se dirige hacia las condiciones en que los individuos se relacionan y circulan: el contexto. *El País* parafrasea al autor de este libro, que plantea una intervención orientada al contexto:

19) deben impulsarse en lugar de las instituciones mencionadas (cierre de asilos y manicmios como establece consenso de Panamá) centros de salud, casas asistidas u hogares de «medio camino» que «intentan pensar a la

63 Ver sección «La salud mental y el bienestar».

persona en su contexto» para que «no recaigan en el hacinamiento y en el encierro» (en «Objeciones a ley», 2017, § 2).

Las acciones de la política pública en la atención en salud mental que apunten a concebir a la persona *en su contexto* deben implementarse en instituciones<sup>64</sup> que podrían estar o que están habitadas por usuarios de los servicios de atención en salud mental. Esto implica que los servicios de salud mental desplieguen sus actividades en las instituciones donde reside la población de forma omnipresente. Acuña, profesional de la salud mental, plantea: 20) «Avanzar en la promoción y prevención mediante actividades en escuelas y empresas» (en «La deuda que», 2015, «propuesta», § 1).

La novedad en este cambio discursivo en relación con la atención es que ahora las instituciones que forman parte del contexto donde residen los pacientes pueden también ser el objeto de intervención —además de los pacientes—. Por lo tanto, la población se encuentra apuntalada como objeto de intervención.

## El dispositivo de seguridad y sus diferencias con el dispositivo disciplinar en la atención en salud mental

El medio como grilla de inteligibilidad que nos permite intervenir en el espacio de circulación de la vida de las personas, como las instituciones que constituyen parte de su contexto, amplía el lente de intervención y promueve acciones a nivel poblacional.

Foucault (2006) plantea que los mecanismos de seguridad aparecen cuando se empieza a construir una noción de *medio* y una técnica política que se dirige a él (p. 44). El dispositivo de seguridad, a nuestro entender, configura la nueva estrategia de atención en salud mental expresadas en el discurso profesional, lo que no anula el dispositivo disciplinar, aunque presenta diferencias de escalas en cuando a la intervención. Mientras que el dispositivo disciplinar tiene como objeto los cuerpos, el dispositivo de seguridad se dirigirá a la población.

Para Foucault (2006), existen cuatro rasgos que diferencian las técnicas de seguridad de las técnicas disciplinarias. En términos generales y sobre la utilización de los espacios, tenemos que «la disciplina arquitectura un espacio y se plantea como problema esencial una distribución jerárquica y funcional

---

64 Pensamos instituciones en formas amplias tomando como referencia a Cornelius Castoriadis (2010), dado que esta perspectiva nos es la indicada para dar cuenta del plano simbólico, así como el organizacional de las instituciones en las que se plantea la intervención; «La institución es una red simbólica, socialmente sancionada, en la que se combinan, en proporción y relación variables, un componente funcional y un componente imaginario» (p. 211).

de los elementos» (p. 40). En cambio, en el dispositivo de seguridad se «tratará de acondicionar un medio en función de acontecimientos o de series de acontecimientos o elementos posibles, series que será preciso regularizar en un marco polivalente y transformable» (Foucault, 2006, p. 40).

Los mecanismos de seguridad no tratan específicamente de construir un espacio, o planificar determinada situación según criterios definidos antes, como sí lo hace el dispositivo disciplinar. Por el contrario, el dispositivo de seguridad acondiciona desde lo establecido posibles probabilidades en series, lo que constituye un marco de regulación flexible.

Hay un intento de regular de manera muy laxa<sup>65</sup> lo aleatorio en el dispositivo de seguridad; teniendo como espacio propio, el de los acontecimientos posibles, serie de acontecimientos posibles, aleatorios y dados en una temporalidad. A este espacio de seguridad lo identificamos con la noción de *medio*. Existen, por lo tanto, algunos rasgos a trazar que diferencian al dispositivo disciplinar del dispositivo de seguridad.

Como primer rasgo podemos señalar que, mientras la lógica centrípeta de la disciplina se compone aislando espacios y ejerciendo el poder dentro de los marcos de lo aislado sin límites —el manicomio una fiel imagen de este procedimiento disciplinario—, los dispositivos de seguridad parten de una lógica centrífuga que tiende a ampliar su composición. Su funcionamiento consiste en ir integrando nuevos elementos y organizar circuitos cada vez más amplios. El nuevo modelo de atención advierte esta lógica de funcionamiento centrífuga a través de la metáfora de la red: 21) «atención con una red de estructuras de atención comunitaria y rehabilitación» (Muñiz en «Del Vilardebó a», 2015, «llamado», § 1); 22) «atención comunitaria en red» (Porciúncula en «La ley que», 2016, «en práctica», § 9).

La red comunitaria permite integrar nuevos elementos que se sumarán a la atención en salud mental. Además de algunos elementos ya existentes de la atención en salud mental, como la problemática judicial (qué hacer con pacientes judicializados), se solicita la integración de la familia al modelo de atención en red.

Muñiz explicita la necesidad de asumir compromisos más amplios que involucren a las familias: 23) «Hay que reducir los ingresos y mejorar los egresos, pero para eso necesitamos compromisos más amplios, como el de las familias» (en «Piden más plazo», 2015, § 7).

El lugar que se le adjudica a la familia de los pacientes, a diferencia del lugar que se le daba a comienzos del 1900,<sup>66</sup> es de integración y compromiso en el nuevo modelo de atención en salud mental. También se integra en la atención el consumo problemático de drogas, según menciona el ministro

65 Cuando decimos *laxa*, queremos expresar que el marco de regulación se encuentra permanentemente expuesto al cambio.

66 Ver sección «El jefe médico: ordenar, administrar y dirigir».

de Salud Pública, Basso, a *El País*: 24) «Este es un enorme desafío que, de alguna manera, está dentro de los objetivos sanitarios del Programa Nacional de Salud Mental. Lo mismo sucede con el consumo problemático de drogas» («en MSP confirma», 2015, § 4). Los circuitos encargados de la atención en salud mental se van ampliando desde los pacientes judiciales a los pacientes con consumo problemático en drogas, las familias de los pacientes y la comunidad.

El segundo rasgo diferencial entre el dispositivo disciplinar y el de seguridad (Foucault, 2006) es el afán de reglamentación de la disciplina y el dejar hacer de la seguridad. En el dispositivo disciplinar todo se reglamenta; un ejemplo es el funcionamiento de las instituciones totales definidas por Goffman (2001).<sup>67</sup> Las rutinas de las personas que habitan las instituciones totales están administradas y ordenadas por medio de rigurosos horarios, disposiciones institucionales. De este modo, todo se reglamenta, nada queda librado al azar. Por lo tanto, es importante destacar que el orden disciplinario es aquello que está reglamentado sin dejar escapar nada.

El dispositivo de seguridad, a diferencia del disciplinar,

*deja hacer.* No deja hacer todo, claro, pero hay un nivel en el cual la permisividad es indispensable [...] La función de la seguridad consiste en apoyarse en los detalles, no valorados en sí mismo como bien o mal y tomados en cambio como procesos necesarios e inevitables, procesos de la naturaleza en sentido lato; y se apoyará en ellos, que, si bien son lo que son, no se consideran pertinentes, para obtener algo que en sí se juzgará pertinente por situarse en el nivel de la población (Foucault, 2006, p. 67).

En este punto vemos una racionalidad política que deja hacer apoyándose en ciertos datos naturales, no para juzgarlos en términos morales según valoraciones trascendentales ni valorados en sí mismos, sino que son pertinentes porque suceden en «el nivel de la población» (Foucault, 2006, p. 67). Podemos destacar la existencia de indicios de un dejar hacer en las declaraciones de Soto, jerarca de ASSE, ante el fallo de una jueza sobre la situación de vulnerabilidad de las personas en las colonias: 25) «Si ustedes visitan las colonias verán que los pacientes conviven, están en contacto con la naturaleza, y hay un programa de asistencia externa donde los pacientes en la medida que se van recuperando son trasladados a hogares con cuidadores» (en «Conviven con la naturaleza», 2015, § 2).

Dejar a las personas en convivencia con la naturaleza pasa a concebirse como algo en el orden de lo dado, parte del paisaje de las colonias, aquello que no es juzgable, ni siquiera en el contexto de la muerte de un paciente

---

67 Lo reglamentario administra la vida de las personas en las instituciones totales (Goffman, 2001).

por una jauría de perros. La convivencia entre pacientes y perros es parte de lo que sucede en estos servicios de atención en salud mental. En términos poblacionales, se puede trazar la siguiente orientación: los pacientes en las colonias conviven con la naturaleza y, cuando salen de estas, tienen que estar en «hogares con cuidadores» (Soto en «Conviven con la naturaleza», 2015, § 2). El incidente de la colonia pasa a ser insignificante en el nivel de la población, dado que no representa una constante en este servicio de salud que mueran pacientes atacados por perros. De este modo, si el hecho no da cuenta de una variable significativa para constituir a la población, no es necesario modificar la convivencia entre perros salvajes y pacientes.

Como tercer rasgo de los dispositivos de seguridad, existe una captación de las cosas donde se producen, en el plano de su realidad efectiva. En este plano, la seguridad también se diferencia tanto de lo legal como de lo disciplinario. La función del sistema legal reside en «la determinación de las cosas, y tanto más cuando están prohibidas» (Foucault, 2006, p. 67). Su precisión surge en relación con lo que prohíbe, en el entendido de que, si no hacemos lo prohibido, habrá orden. En cambio, en los mecanismos disciplinarios lo importante no es codificar lo que no debe hacerse, sino lo que debe hacerse y el ejemplo de la vida monástica es la que toma Foucault (2006). Hay un énfasis en las positividades, se interviene para que todo se haga de determinada forma.

En los lugares de encierro que se quieren superar según el discurso profesional, los mecanismos disciplinarios son permanentes, dado que existen formas de cómo deben hacerse las actividades en la institución total (Goffman, 2001). Ejemplo de esto son los horarios en el que los pacientes deben tomar la medicación, cuánto deben comer y dormir, las cantidades de horas que deben ver a sus familiares, en caso de tenerlos. En los dispositivos de seguridad, en cambio, tenemos la adopción de un punto intermedio que no adopta lo obligatorio ni lo prohibido, sino que:

la seguridad, sin prohibir ni prescribir, y aunque eventualmente se dé algunos instrumentos vinculados con la interdicción y la prescripción, tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule: la anule, la limite, la frene o la regule. Esta regulación en el elemento de la realidad es, creo, lo fundamental en los dispositivos de la seguridad (Foucault, 2006, p. 69).

Interpone a un elemento efectivo de la realidad otro elemento. Si quiere anular al primero, no imagina lo negativo para prohibirlo como la ley ni imagina regulaciones para complementar lo negativo como en lo disciplinario, sino que pone en relacionamiento nuevos elementos.

En términos disciplinarios, podemos pensar el siguiente ejemplo, que proviene de las palabras profesionales de salud mental ante situaciones restrictivas, como la siguiente: 26) «Hay personas que perdieron contacto con

su familia, porque vinieron de otro departamento y nunca vinieron a verlos» (Muñiz en «No vamos a», 2015, § 6).

Lo que se hace desde los mecanismos disciplinarios es imaginar un complemento ante esa situación de carencia: 27) «trabajar en un programa de egreso con residencias asistidas. Esto consiste en trasladar a grupos de 10 o 15 para que vivan como una familia, a cargo de un cuidador y con el control de un equipo de salud pública» (Muñiz en «No vamos a», 2015, § 6).

En un dispositivo de seguridad se relacionan los elementos vigentes, como la medicación y la comunidad en el apuntalamiento de la libertad: 28) «Esta es una libertad con apoyo. Y lo que se demuestra es que, con la medicación, hasta los pacientes más complejos pueden vivir en comunidad» (Porciúncula en «Pacientes judiciales salen», 2016, § 2). En esa cita, el médico se refiere a una de las casas de medio camino que funciona en Montevideo, dado que estas serán una referencia para el nuevo modelo de atención en salud mental.

A diferencia del dispositivo disciplinar, que busca construir un complemento para actuar en una realidad vigente y así modificarla, en el dispositivo de seguridad se interviene en los elementos de la realidad efectiva permitiendo o no sus relacionamientos. Estos elementos en sus relacionamientos podrán anular algunas orientaciones y producir otras.

También destaca la importancia de la circulación: dejar que las cosas sucedan es un aspecto fundamental de los dispositivos de seguridad. La libertad de circulación —o libertad de no interrupción—<sup>68</sup> es un axioma fundamental.

Y es esa libertad de circulación en el sentido amplio de la expresión, esa facultad de circulación, lo que es menester entender, creo, cuando se habla de libertad, y comprender como una de las facetas, uno de los aspectos, una de las dimensiones de la introducción de los dispositivos de seguridad (Foucault, 2006, p. 71).

El cuarto rasgo es que existen diferentes formas de abordar la normalización entre el dispositivo disciplinar y el dispositivo de seguridad. En los mecanismos disciplinares,<sup>69</sup> para abordar la normalización, primero se descompone el objeto a tratar en mínimas partes hasta el punto en que sean suficientes para reconocerlas y operar sobre ellas.

En personas que padecen una enfermedad mental se identifican signos y síntomas para, luego, agruparlos con un fin terapéutico. En tercer lugar, se establecen espacios que hacen posible el fin terapéutico de las personas clasificadas. En el caso de la psicología y psiquiatría, las clasificaciones que nuclea a personas bajo los rótulos *neurótico* y *psicótico* tendrán su espacio particular de atención.

68 Con relación a la libertad negativa ver el siguiente capítulo.

69 Tomaremos algunas de las características mencionadas por Foucault (2006) de la normalización del dispositivo disciplinar, para compararlo con el mecanismo de seguridad.

Casarotti (2015) plantea diferencias entre los debates de 1936 con la Ley n.º 9.581<sup>70</sup> y los recientes con la Ley n.º 19.529 en relación con la atención en los servicios de salud mental. Es interesante destacar cómo da cuenta de los lugares de atención que se naturalizan, según los diagnósticos que se establecen en las personas:

Los psiquiatras dividían muy naturalmente su trabajo entre el hospital para los pacientes psicóticos y el consultorio para los pacientes neuróticos. Razones por las cuales lo que en aquel momento importaba legislar era, por un lado, pensando en los pacientes mentales y tomando en cuenta la disminución de autonomía que padecen, defender sus derechos frente a la posibilidad de abusos, y por otro, frente a la peligrosidad levemente mayor de los enfermos mentales, proteger a terceros (p. 138).

La distinción entre *psicosis* y *neurosis* establece lugares diferentes de intervención: el hospital o el consultorio. En esta distinción, el hospital es el lugar donde residen los enfermos mentales o psicóticos, que tienen afectada su autonomía y pueden ser peligrosos. Por otro lado, el consultorio es donde residen los neuróticos, que tienen problemas existenciales. En cuarto lugar, se establecen procedimientos terapéuticos como el *electroshock* y el tratamiento farmacológico para los psicóticos en los hospitales, así como una terapéutica basada en hablar y asociar libremente que los neuróticos llevan a cabo acostados en el diván del consultorio.

En quinto lugar, la norma es fundamental para la normalización disciplinar, debido a que la norma es lo que fijará lo normal y lo anormal (Foucault, 2006). En el caso de los neuróticos, y siguiendo a Sigmund Freud (1916-1917, 1978),<sup>71</sup> estos serían los que están en una relación de cercanía con respecto a la norma y desde el punto de vista teórico estarían del lado de la normalidad, a diferencia del psicótico, que entraría dentro de lo anormal.

En los dispositivos de seguridad, la normalización funciona de forma diferente al dispositivo disciplinar.<sup>72</sup> Uno de los aspectos centrales de la normalización en los dispositivos de seguridad es el carácter generalizable de los

70 Ley de salud mental vigente hasta agosto de 2017.

71 En «Psicopatología de la vida cotidiana» Freud (1980) había comenzado a trazar la idea de que algunos fenómenos de la vida cotidiana bajo la denominación de *operaciones fallidas* no difieren de manera cualitativa de los síntomas neuróticos. En las conferencias de introducción al psicoanálisis (1978), vincula la neurosis y la normalidad.

No obstante, si se sitúan en un punto de vista teórico y prescinden de estas cantidades, podrán decir que *todos* estamos enfermos, o sea, que todos somos neuróticos, puesto que las condiciones para la formación de síntomas pueden pesquisarse también en las personas normales (p. 326).

72 Foucault (2006) llega a plantear que en los dispositivos disciplinarios el fenómeno es de normación en lugar de normalización, dado lo central que tiene la norma para constituir lo normal y lo anormal (p. 76).

problemas que trata. En el caso de la salud mental, si vemos el Plan de Salud Mental 2013-2020 de la OMS (2013), los problemas de salud mental son generales, por lo que la organización expresa su preocupación:

millones de personas en el mundo entero padecen trastornos mentales, porque en 2004 estos trastornos representaban el 13 % de la carga de morbilidad mundial, en forma de muertes prematuras y años perdidos por discapacidad, y también porque, cuando solo se toma en cuenta el componente de discapacidad al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3 % y el 33,5 % de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios (p. 39).

Es posible expresar la generalidad de los problemas de salud mental en la población identificados bajo la figura de *trastornos mentales* según las coordenadas de la estadística. Por lo tanto, existe un soporte matemático que hace posible pensar los trastornos mentales como un problema general de la población.

Los trastornos mentales y su incidencia en la población pasan a ser un hecho efectivo de la realidad que no se busca evitar, sino que las acciones de prevención y promoción buscan regular. Es posible de evaluar la eficacia de estas acciones debido al cálculo de probabilidades. Ejemplo de esto es el informe sobre salud mental de la OMS (2013), que establece la siguiente meta en base a datos estadísticos: «Meta mundial 3.2: se habrá reducido en un 10 % la tasa de suicidios en los países (para el año 2020)» (p. 18). En este sentido, se puede establecer un cálculo a mediano plazo (desde 2013 hasta 2020), que da cuenta de la incidencia de las acciones en la tasa de suicidios. Estas acciones no se dirigen a la búsqueda ilusoria de plantear que no existan más suicidios, sino que existan dentro de cierto margen. En función de ese margen, la política en salud mental será exitosa o no exitosa.

El suicidio como problemática relacionada con la salud mental en Uruguay está presente en noticia «Mujer se ahorcó» (2016), en la que se publica la alta tasa de suicidios de Uruguay («Mujer se ahorcó», 2016, «un alto nivel», § 1): en comparación con la media internacional de 11,4 autoeliminaciones cada 100.000 personas, Uruguay tiene 17,4 autoeliminaciones cada 100.000 habitantes según datos de 2014. En este sentido las políticas de salud mental deben dirigirse a ubicar a Uruguay más cerca de la media internacional.

Las prácticas que se desarrollan según indicadores estadísticos están focalizadas en la prevención y promoción en salud mental, que se despliegan teniendo en cuenta los efectos de los trastornos en la rentabilidad de la economía

mundial.<sup>73</sup> Para atender a quienes tienen trastornos mentales en una población, se necesita que la epidemiología oriente las acciones de prevención y promoción en función de la distribución de los factores determinantes de salud. La investigación de Acuña y Sánchez (2014) enfatiza la falta de datos epidemiológicos y profesionales en la materia, como algunos de los obstáculos para el cambio de atención en salud mental: «Ausencia de datos epidemiológicos de morbilidad, por lo que se ignora la carga real de las enfermedades mentales», «Ausencia de profesionales de la salud pública o de epidemiología en los niveles de dirección de SM» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 208).

Dentro del plan estratégico que proponen los autores (2014), el lugar de la epidemiología es indispensable: «La multidisciplinaria y la intersectorialidad serán modalidades de trabajo indispensables. La primera convocará, además de a las profesiones históricamente involucradas, a la *epidemiología* la gestión de la calidad, la gestión de procesos asistenciales...» (Acuña y Sánchez, 2014, p. 210).<sup>74</sup>

Otro de los elementos de la normalización del dispositivo de seguridad es la noción de *caso*, el cual configura, a nuestro entender, el trastorno mental. Entendemos por *caso* la manera de entender la enfermedad en el dispositivo de seguridad: «una manera de individualizar el fenómeno colectivo de la enfermedad o de colectivizar, pero según la modalidad de la cuantificación y lo racional e identificable de los fenómenos individuales para integrarlos a un campo colectivo» (Foucault, 2006, p. 80).

El primer punto, *individualizar el fenómeno colectivo de la enfermedad*, lo identificamos con la construcción de una población a intervenir según indicadores estadísticos. Al segundo, *la modalidad de la cuantificación y lo racional e identificable de los fenómenos individuales para integrarlos a un campo colectivo*, lo identificamos con las pretensiones y supuestos profesionales. Ambos movimientos implican pensar el fenómeno de la enfermedad en términos de trastornos mentales.

Dentro del primer punto tenemos los aportes de Bellahsen (2014) sobre la expansión de la salud mental en 1980, proceso que fue impulsado por la OMS en 1949 con la adopción de la «Clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de muerte», que da lugar y soporte a los trastornos mentales. Este movimiento táctico, principalmente desde

---

73 «Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio, y representaban un 13 % de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3 % de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11 % del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030» (OMS, 2013, p. 8).

74 Las cursivas son propias.

la psiquiatría, al momento de concebir la enfermedad mental flexibiliza los criterios diagnósticos: «los cuadros noseológicos clásicos de la psiquiatría (neurosis, psicosis) dejan lugar a una multiplicidad de “trastornos” o “desórdenes”»<sup>75</sup> (p. 54).

Según Gonzalo Percovich (2016), en el manual de DSM la problemática de la salud mental estará centrada «mucho más en las poblaciones, en su dimensión epidemiológica que en el conocimiento de la singularidad del caso» (p. 9). Tenemos, por lo tanto, una forma de clasificar basada en criterios estadísticos, poblacionales. Una mirada clínica que se desplaza de los signos particulares apoyados en categorías nosográficas para dirigirse hacia el *check list*, hacia un registro cuantitativo.

Como segundo punto, la noción de *caso* sostenida en el trastorno mental, que involucra la flexibilización de los diagnósticos, parte del supuesto de que los casos, si bien son subjetivos a cada técnico, son plausibles de homologación y homogenización.

El afán de creación de cierto lenguaje común se repite cada vez que sale una nueva edición de DSM que tiene a los trastornos mentales como elemento central. Thomas Insel (2013) menciona lo siguiente a propósito del nuevo DSM:

El objetivo de este nuevo manual, como con todas las ediciones anteriores, es proporcionar un lenguaje común para describir la psicopatología. Si bien DSM se ha descrito como una «Biblia» para el campo, es, en el mejor de los casos, un diccionario que crea un conjunto de etiquetas y define cada una (p. 1).<sup>76</sup>

Un médico y parlamentario expresa a *El País* lo problemático del término en las discusiones sobre la nueva ley de salud mental: 29) «las mayores discusiones fueron conceptuales, en especial si hablar de trastorno mental es estigmatizante o no» («En ocho años», 2017, § 6). La controversia expresada por la etiqueta del trastorno mental como forma de racionalizar fenómenos (como la enfermedad mental) —que no necesariamente son identificables en términos poblacionales ni posibles de ser comunicados entre técnicos— generó que la SPU, por medio de su presidente, Sibils, expresara: 30) «Estamos dispuestos a ceder para que el proyecto salga. Cada día que pasa, lo pagan los pacientes» (en «¿Es posible salir...», 2017, «una ley», § 3). Estas palabras se publican en el diario semanas antes de la aprobación de la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017). La

75 En el original se lee: «les grands cadres nosographiques classiques de la psychiatrie (névrose, psychoses...) laissent la place à une multiplicité de “troubles” ou “désordres”».

76 En el original se lee: «The goal of this new manual, as with all previous editions, is to provide a common language for describing psychopathology. While DSM has been described as a «Bible» for the field, it is, at best, a dictionary, creating a set of labels and defining each».

opción léxica *ceder* refiere a un campo de fuerzas donde se abandonan algunas posiciones, en este caso algo necesario para obtener otras posiciones a mediano o largo plazo. En la misma noticia aparecen críticas al proyecto desde la psicología: 31) «el actual proyecto es un “maquillaje” de la realidad existente y, de aprobarse, el país pierde la oportunidad de “un cambio profundo”» (Correa en «¿Es posible salir...», 2017, «una ley», § 4).

Tal como expresa el parlamentario y médico, *trastorno mental* es un término que fue objeto de discusión, y esto puede verse reflejado en la medida en que fue sacado en muchos de los artículos del proyecto de ley, si lo comparamos con las veces se lo menciona en la ley definitiva (Lema en «Si la ley», 2017, p. 17).

En términos de intervención en salud mental, algunos de los efectos de esta modalidad de pensamiento sostenida en una concepción de *trastorno mental* que privilegia el aspecto cuantitativo de las intervenciones se reflejan en el siguiente planteo: 32) «Cuando un vecino se queja por el ruido molesto de un boliche, tiene que haber un DJ que baje la perilla del volumen» [...] «ante un descontrol tiene que haber un equipo terapéutico entrenado para que todo vuelva a la normalidad lo antes posible» (Orrego en Urwicz, 2017, § 8).

El registro cuantitativo de la práctica profesional empieza a rastrearse en la analogía planteada por psiquiatra entre el profesional de la salud y el DJ de un boliche. Los profesionales de la salud mental deberían, ante un descontrol, encontrar la cifra correcta de volumen que restablezca la normalidad. Acompasar las secuencias de la desviación para que queden dentro de ciertos límites, como sucedía con la tasa de suicidios, este es el objetivo. La situación de descontrol no puede superar los voltios del contexto, de un boliche o una casa de salud.

Si bien se cuestiona el trastorno mental en tanto caso que refiere a una manera de entender la enfermedad mental en el dispositivo de seguridad, la Ley n.º 19.529 prevalece como forma de orientar la atención en salud mental. Los factores de riesgo para ser portador de algún trastorno mental —según el lugar donde residen las poblaciones, como la edad y la profesión— necesitan de la noción de *riesgo* que advierta dónde ser más enfáticos al dirigir las acciones de la política pública en salud mental. Si dentro de una determinada ocupación hay una alta tasa de personas diagnosticadas con trastornos mentales, las acciones deben dirigirse a donde trabajan ese conjunto de personas.

Con relación al riesgo como determinante de acciones en los servicios de salud mental, se lo concibe como requisito de las internaciones involuntarias según la Ley n.º 19.529: «Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros» (Uruguay, 2017, art. 30).<sup>77</sup> La noción *riesgo* tiene como

77 El Poder Ejecutivo tal como determina la ley (Uruguay, 2017) será el encargado de dictaminar las situaciones de riesgo inminentes, «En la reglamentación de la presente ley, el Poder Ejecutivo establecerá cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros» (art. 30).

complemento *peligrosidad*, en referencia a aquellos que tienen mayor posibilidad a contraer un trastorno mental o que este se agudice si están expuestos a determinadas situaciones. La movilidad de los pacientes, para Soto, era un factor de riesgo porque tenía el peligro de descompensar a los pacientes: 33) «Se hicieron consultas para trasladarlos, lo que pasa es que se han tratado de trasladar pacientes de este tipo del (hospital) Vilardebó en alguna oportunidad y se descompensan» (Soto en «Reformas en el pabellón», 2015, § 6). En otras palabras, podemos decir que la población de pacientes judiciales de la colonia, en este caso, tiene una tolerancia a la movilidad por debajo de la media de la población no diagnosticada como portadora de algún trastorno.

Las nociones *peligro*, *caso* y *riesgo* se acompañan de *crisis*, en tanto «intensificación circular» o escalada en el número de trastornos mentales, que posiblemente desborden las instituciones tradicionales de salud mental como los manicomios (estructuras asilares y monovalentes). Necesita la puesta en funcionamiento de otros elementos por medio de una intervención mayor (Foucault, 2006). El ministro de Salud Pública alude a esta intervención superior en la atención de la salud mental mediante el cambio de la Ley n.º 9.581 (Uruguay, 1936): 34) «La idea del plan es terminar con el hacinamiento de los enfermos psiquiátricos, de manera que luego de que estos reciban un tratamiento de crisis, puedan volver a sus hogares» (Basso en «ASSE decidida», 2015, «un cambio», § 2).

Terminar con el hacinamiento de los enfermos psiquiátricos plantea a la comunidad como elemento principal. Según la nueva ley de atención en salud mental (Uruguay, 2017), en el artículo 17 referido al ámbito de atención: «El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario...».

La normalización, entendida a la luz de los elementos mencionados (Foucault, 2006), hace que en el dispositivo de seguridad:

Ya no se distingue entre enfermos y no enfermos, sino en tomar en cuenta el conjunto sin discontinuidad, sin ruptura, de unos y otros —la población, en suma—, y ver en esa población cuáles son los coeficientes de morbilidad o de mortalidad probables, es decir, lo que se espera normalmente en manera de afectados por la enfermedad, en materia de muerte ligada a esta en esa población (p. 82).

Si bien la cita anterior da cuenta del problema de la viruela trabajado por Foucault (2006), entendemos que la dirección política en los servicios de salud mental que involucran al total de la población —entre los que se encuentran los diagnosticados como trastornados mentales— funciona de forma similar, en el entendido de que los índices estadísticos expresados en el informe de la OMS sobre la salud mental 2013-2020 son pautas fundamentales para guiar acciones en la materia. La discriminación entre aquellos sanos y

trastornados mentales en términos absolutos no es una diferencia importante para guiar acciones en salud mental, en este sentido, la laxitud justificativa de los diagnósticos de los trastornos mentales hace posible que todos podamos ingresar en los cientos de trastornos que se van incrementando ante cada nuevo DSM.

Existe una discriminación de distintas normalidades en la población, la distribución normal de trastornos graves según edad, sexo, ocupación, se conforman, luego, como normalidades más desfavorables o menos favorables en relación con la curva normal. En este sentido:

Tenemos entonces algo que parte de lo normal y se vale de ciertas distribuciones consideradas, para decirlo de alguna manera, como más normales o, en todo caso, más favorables que otras. Y esas distribuciones servirán de norma. La norma es un juego dentro de las normalidades diferenciales (Foucault, 2006, pp. 83-84).

La población que recibirá una atención en salud mental es un dato dependiente de una serie de variables como edad, sexo, ocupación (Foucault, 2006, p. 94). Teniendo esto como consecuencia, todo gobierno con el propósito de brindar una atención en salud mental superadora del modelo asilar deberá actuar sobre una multiplicidad de factores que forman parte de la atención en salud mental. En este sentido, el modelo de atención en salud mental nos enfrenta necesariamente con la problemática del gobierno.

No estamos ante el hecho transparente en que unos imponen su voluntad sobre otros, sino que aparecen como inevitables las acciones de gobierno para gestionar la salud mental de una población. Las acciones de gobierno inciden en la circulación de las poblaciones y en la conformación de estas a través de acciones educativas, económicas, administrativas y legales. El último plano establece algunos puntos de cambio en la modalidad de atender a las personas de los servicios de salud mental con un énfasis en los dispositivos de seguridad. Sin embargo, algunas disposiciones legales como «cierres de estructuras asilares y monovalentes» (Uruguay, 2017, art. 37) parecen todavía causar reparos por parte de algunos actores, que simultáneamente asientan las bases para un nuevo encierro.

## Hospital penitenciario: ¿Cambio de atención en salud mental?

La construcción de un hospital penitenciario fue una de las demandas que tanto médicos como agentes del Poder Judicial hicieron en la prensa escrita para solucionar el problema de los pacientes judicializados. Esta se inscribe en las discusiones sobre el nuevo modelo de atención en salud mental y reafirma la peligrosidad como una de las características presentes en algunos pacientes que residen en las estructuras asilares del sistema de atención en salud mental.

La peligrosidad aparece, por momentos, como constitutiva de los internos del manicomio: 1) «hay internos peligrosos que fingen patologías para ser trasladados al manicomio» (Porciúncula en «Policía capturó a», 2015, «simuladores», § 1). La posibilidad de fingir se establece debido a una particularidad que tiene la enfermedad mental según el director de salud mental de ASSE: 2) «no hay aparatos para medir el grado de alteración mental» (Porciúncula en «Policía capturó a», 2015, «simuladores», § 2).

El problema que refiere a la imposibilidad de medir una alteración mental parte del supuesto de que la enfermedad mental y la enfermedad orgánica deben ser tratadas de la misma forma, dado que ambas serían medibles. Si bien la cita anterior marcaba una imposibilidad para medir la alteración mental, en otro texto de la autoridad de ente público y médica Muñiz se explicita que la enfermedad mental y el resto de las enfermedades son equiparables: 3) «La enfermedad mental no es distinta a otras enfermedades, no tiene por qué haber hospitales distintos» (en «No vamos a», 2015, § 6).

Foucault (2016), en «Enfermedad mental y psicología», advierte del artificio de emplear el mismo método y significado para referir a la enfermedad orgánica y mental. Su crítica a las posiciones que abstraen las condiciones y los efectos de la enfermedad mental, basada en concepciones que provienen de la anatomía y fisiología, que hacen posible la explicación de las enfermedades orgánicas por medio de abstracciones, resultan inapropiadas al momento de dar cuenta de la enfermedad mental.

Un lapsus, un sueño o un delirio forman parte de una unidad significativa que no podría abstraerse de la historia de esa persona. En este sentido, la psiquiatría, por medio de la noción de *personalidad*, vuelve difícil la distinción entre lo normal y lo patológico (Foucault, 2016). La personalidad engloba tanto lo normal como lo patológico y no nos permite hacer abstracciones para definir dominios propios, como en el tratamiento de las enfermedades orgánicas. Retomando el razonamiento de Porciúncula, no hay medida exenta de ambigüedades para distinguir si es loco o un delincuente.

4) Obviamente pasa lo que en la jerga carcelaria a veces se conoce como una caída. Esto es la simulación de una patología psiquiátrica grave. Esto es la simulación de una patología psiquiátrica grave. Una persona que está

con una condena hace un cuadro de símil delirio, grita que se quiere matar, o qué sé yo, o que no quiere comer... Y a veces es muy difícil discriminar (Porciúncula en «Policía capturó a», 2015, «simuladores», § 2).

El comentario de director de ASSE y profesional de la salud mental se dirige a constatar la simulación de un delirio. La evaluación al simulador se dirige a si lo que dice es parte de una enfermedad mental o si está manipulando la situación. Otra forma de verlo sería: ¿por qué alguien que comete un crimen simula con el propósito de pasar a un manicomio? Pregunta omitida, en este caso, donde la simulación se presenta como una especie de esencia falsa para ser un enfermo mental, aunque necesaria para el rótulo de *interno peligroso*. Este término empieza a enmarcar un campo de intervención entre el delincuente y el loco, justo en esa zona oscura comienza a decir sus palabras el derecho. 5) «El tema es que los que se envían son los que no pueden estar ni en la cárcel ni en la calle. Ahí se los debe evaluar y luego ver qué se hace con ellos. Es el único lugar al que los podemos enviar» (Ruibal en «Jueces dicen», 2015, § 2). Esto es problemático, dado que no resulta clara la figura que impone orden en el campo de la simulación: 6) «Esta situación se transforma en caótica y generalmente termina en que estos presos pasen al hospital psiquiátrico para su tratamiento. No hay otra alternativa posible hoy por hoy» (Porciúncula en «Policía capturó a», 2015, «simuladores», § 2).

La situación caótica que generan los presos en hospital psiquiátrico guarda relación con la «caída» que mencionaba el psiquiatra. A nuestro entender, es una caída que da cuenta del lugar difuso que representan los simuladores, un territorio caótico difícil para hacer distinciones. En este sentido, ¿no se ha tendido a unificar el mundo de la enfermedad mental y el mundo penitenciario?

La Suprema Corte de Justicia (SCJ), tras previo reclamo del director de Salud Mental de ASSE y de autoridades del hospital Vilardebó, ordenó crear un servicio de evaluación y diagnóstico (SED) en cada una de las cárceles del Ministerio del Interior (MI).<sup>78</sup> Esto tiene como fin 7) «asegurar una atención más eficiente, oportuna, y sobre todo ajustada a la situación médica que dichos usuarios presentan a los momentos de su valoración» (Porciúncula en «ASSE decidida a», 2015, «para que los presos», § 1). Este intento de constituir un servicio de evaluación y diagnóstico de salud mental dentro de las cárceles, sumado a las demandas de autoridades y jueces sobre qué hacer con los pacientes judicializados del Vilardebó, parecería indicar un posible desplazamiento de los pacientes judiciales del manicomio a la cárcel.

*El País* parafrasea a la presidenta de la SPU, Cecilia Idiarte Borda, quien plantea una orientación: 8) «la atención de la salud mental de las personas

78 El MI es el organismo encargado de la seguridad pública del Uruguay.

privadas de libertad debe realizarse en una cárcel o en un centro penitenciario» («La mitad de los», 2015, «sociedad de psiquiatría», § 2).

El gesto de crear un dispositivo disciplinar que oficie como solución para ordenar los intersticios entre la enfermedad mental y el delito, tanto para médicos, autoridades de entes públicos de la salud mental y profesionales del derecho, se expresa en el *hospital penitenciario*. Este dispositivo se encargará de la atención en salud mental. En los meses de mayo y junio de 2015 es parte de consensos. En primer lugar, el SPU participa para establecer al hospital penitenciario como una prioridad, lo que fue clave, según su presidenta:

9) Nosotros incluimos este punto porque hay que definir qué se hace con los pacientes privados de libertad. Creo que nuestro trabajo le va a dar insumos al Ministerio de Salud Pública para el proyecto de una nueva ley para la salud mental que obviamente deberá darle nuevas definiciones a este tema (Idiarte Borda en «La mitad de los», 2015, «sociedad de psiquiatría», § 3).

Semanas después, el diario *El País* parafrasea y cita directamente las palabras del ministro de Salud Pública y hace el siguiente anuncio sobre el hospital penitenciario:

10) Basso sostuvo que la situación más grave se da en el Hospital Vilardebó, «en la denominada sala 11» donde se alberga «un conjunto de personas que han cometido algún tipo de delito y están allí para que se identifique la eventual afección psiquiátrica que actuará como atenuante o agravante de su situación penal». El hospital penitenciario «debe resolver este tipo de problemas», señaló el ministro (en «Bacteria mata», 2015, «MSP confirma», § 2).

Al finalizar 2015, se termina de crear dentro de la cárcel central un espacio para exusuarios de la sala 11 del hospital Vilardebó, hecho que atiende por un lado los problemas manifestados antes por el ministro, así como también las recomendaciones de la SPU sobre la atención de personas privadas de libertad: 8) «la atención de la salud mental de las personas privadas de libertad debe realizarse en una cárcel o en un centro penitenciario» (Idiarte Borda en «La mitad de los», 2015, «sociedad de psiquiatría», § 2). Es posible que estos hechos sean antecedentes que marquen los primeros indicios del hospital penitenciario: 11) «Ya están terminadas las obras en Cárcel Central, pero los reclusos de la sala 11 serán trasladados, seguramente, después de fin de año» (Muñiz en «Del Vilardebó a», 2015, § 5). El lazo que sujeta a la enfermedad mental con la enfermedad orgánica, por un lado, y por el otro lado ligada a lo delictivo, pasan a anudarse en la figura del hospital penitenciario.

En 2016, sin el hospital penitenciario todavía, el problema persistió para los jueces que se preguntaban qué hacer con los pacientes judiciales.

## Del dispositivo disciplinar al de seguridad

*El País* ocupa, en su portada, bajo el título «Jueces no tienen donde enviar delinquentes inimputables» (2016), una noticia donde los jueces penales consultados por el diario responden a un pedido de la Suprema Corte de Justicia<sup>79</sup> de la siguiente manera: 12) «¿Qué hacemos los jueces con los inimputables que cometen un delito grave (rapiña, homicidio, lesiones graves)? ¿Los mandamos a la calle? Es nuestra responsabilidad resolver su situación» («Jueces no tienen», 2016, § 3).

En el ámbito jurídico ha habido diferencias en relación con derivar pacientes inimputables al hospital Vilardebó. Una de las partes, los jueces penalistas, señalan un vacío al momento de atender a estos pacientes: 13) «En Montevideo no hay un pabellón psiquiátrico («Jueces no tienen», 2016, § 6). Mandarlos a la calle, tal como expresan los jueces, no entra dentro de las posibilidades reales a implementarse, dado que la responsabilidad penal de los agentes judiciales impide que los pacientes judicializados sean enviados a la calle. En caso de que los pacientes inimputables deriven en una situación de calle, se expresa el pasaje del dispositivo disciplinar constituido en el manicomio a un dispositivo de seguridad que establece a la libertad de circulación como axioma fundamental.

Es posible que los pacientes inimputables, en el hipotético caso que sean enviados a la calle, sean objeto de otra falta jurídica. La Ley de Faltas y Conservación y Cuidado de los Espacios Públicos (2013) propone como uno de sus cometidos, mencionados en el artículo 9, «la preservación de los espacios públicos como lugar de convivencia, civismo y disfrute, donde todas las personas puedan desarrollar en libertad sus actividades preservando su libre circulación» (Uruguay, 2013). La preservación de lo público es posible según normativa, siempre y cuando se esté dispuesto a circular, sin instalarse en un espacio público. Tal como marca su artículo 14 (Uruguay, 2013), si una persona «ocupare [sic] espacios públicos acampando o pernoctando en forma permanente en ellos, será castigado con pena de 7 (siete) a 30 (treinta) días de prestación de trabajo comunitario».

La libertad de circulación como imposición a los inimputables —también a todo aquel sin un lugar de residencia— se vuelve un ingreso indirecto y forzado por medio del trabajo a cierta comunidad. El ítem léxico

---

79 *El País* comunica la siguiente carta de la Suprema Corte de Justicia a los jueces en materia penal: «La Dirección General de los Servicios Administrativos del Poder Judicial, en cumplimiento de lo dispuesto por la Suprema Corte de Justicia en mandato verbal del día de la fecha (por ayer), libra la presente a fin de hacerle saber que en virtud de lo informado por autoridades de ASSE, en razón de los incidentes ocurridos el corriente día en el Hospital Vilardebó con el amotinamiento de una veintena de internos, dicho centro de asistencia no está en condiciones de recibir nuevos pacientes por mandato judicial» («Jueces no tienen», 2016, § 2).

*trabajo comunitario* vuelve a toda persona declarada inimputable y que, a su vez, no tiene la posibilidad de autosustentarse el objeto de la Ley n.º 19.120 (Uruguay, 2013). En este sentido, vemos cómo la libertad de circulación se convierte en una posibilidad de que las personas declaradas inimputables adquieran un lugar configurado desde la «comunidad del trabajo». Sin embargo, si la persona no cumple con los requisitos de esta comunidad, «cumplirá 1 (un) día de prisión por cada día de trabajo comunitario no cumplido» (Uruguay, 2013, art. 15). El encierro como lógica disciplinar apuntará a administrar el cuerpo de la persona y a dejar a un lado el énfasis en el dejar hacer del dispositivo de seguridad.

### Si no hay familia no hay cierre

La familia, como factor fundamental para llevar a cabo las acciones de desinstitucionalización, aparece en los profesionales de salud mental como una marca discursiva a tener en cuenta. Muñiz plantea que no se deben cerrar las colonias en el corto plazo, debido a que las personas residentes en estos centros de atención en salud mental no tienen familia: 14) «No cerramos las colonias porque hay personas que ya no tienen familia. No quiere decir que no tengamos previsto hacerlo a largo plazo; cuando estas personas, que ya están viejitas, vayan muriendo, vamos a cerrarlas» (en «No vamos a poder», 2015, § 4).

La familia es clave en el argumento que plantea no efectuar el cierre de las colonias, suponiendo que las colonias cumplen la función de la familia. Foucault (2005), al analizar el modelo familiar desde la óptica de las relaciones de poder, plantea discrepancias con la idea de identificar en el asilo un funcionamiento que reproduce «la familia en beneficio o a pedido de cierto control estatal» (p. 28). El asilo tiene entre sus rasgos específicos una relación problemática con la familia. Tanto Foucault (2005) como Barrán (1994) plantean que para la psiquiatría, con sus respectivas diferencias de época,<sup>80</sup> hay un axioma marcado a fuego: «jamás se puede curar a un alienado dentro de su familia» (Foucault, 2005, p. 104). Ambos historiadores<sup>81</sup> señalan la importancia del monopolio del ejercicio de poder sobre el alienado. Barrán (1994) plantea que el poder del psicoterapeuta no puede tener contrapoderes, sino que

La psiquiatría del Novecientos dedujo de su monopolio del curar, la patologización de las voluntades que se le oponían: sacerdote, doméstico, extraños, amigos, familia, el propio paciente, pues ellas solo conducían al

80 Foucault menciona a la psiquiatría hasta el siglo xx cuando se refiere al lugar de la familia en el tratamiento, y Barrán nos habla de la medicina de comienzos del 900.

81 Foucault fue filósofo, pero, según los estudios llevados a cabo en el correr de su carrera, se le adjudica en esta investigación el lugar de historiador.

recrudescimiento de la enfermedad. La salud consistía en el sometimiento a un único poder: el del psicoterapeuta (p. 43).

Por lo tanto, para Barrán (1994) la cuestión reside en un aspecto cuantitativo y de acumulación en torno al poder de la psiquiatría, que debía desplazar a los poderes ejercidos desde la familia, entre otros. En cambio, en Foucault (2005) las relaciones de poder en el marco de la familia son cualitativamente distintas que las del poder psiquiátrico o disciplinar en el asilo:

el mismo poder médico es distinto del poder familiar y, si la ambición es ejercerlo concretamente y que se imponga al enfermo, es necesario dejar en suspenso todo lo relacionado con configuraciones, puntos de apoyo, relevos propios del poder familiar (p. 107).

La soberanía familiar establece un marco de relaciones que se sostienen en un poder con un polo destacadamente intenso de individualización, polo constituido por el padre en relación con la mujer e hijos. A diferencia del poder disciplinario, en la relación de poder de la soberanía no hay un anonimato del poder como en el panóptico. El padre será quien ejerce el poder, que a su vez es el portador del apellido en el modelo familiar. Otra de las diferencias alude al tipo de «lazos, compromisos y dependencia que se ha establecido de una vez por todas con la forma del matrimonio o del nacimiento» (Foucault, 2005, p. 90).

En las relaciones de soberanía el status es dado a la familia por los actos de matrimonio o nacimientos de una vez para siempre. Esto no es parte de las relaciones disciplinares de poder, su status no se constituye por actos de matrimonio o nacimiento, sino por la vigilancia permanente. La vigilancia permanente no es constitutiva de las relaciones de soberanía.

Como tercer elemento, tenemos diferencias en cuanto a la diversidad que guardan las relaciones de soberanía respecto a las disciplinares:

Por último, en la familia hay todo un entrelazamiento de relaciones que podríamos calificar de heterotópicas: entrelazamiento de los lazos locales y contractuales, de los lazos de propiedad, de los compromisos personales y colectivos, que recuerda el poder de soberanía y no la monotonía, la isotopía de los sistemas disciplinares (Foucault, 2005, p. 91).

Es importante destacar las diferencias entre las relaciones de soberanía y las disciplinares, debido a que en el discurso profesional aparecen como homologables en el tratamiento de los pacientes, en el entendido de que si no tienen familia deben permanecer en las colonias.

Resulta frecuente la presentación de la familia como elemento indispensable para no cerrar los dispositivos asilares, cuando las relaciones de soberanía no necesariamente muestran incidencia en el orden de lo terapéutico:

15) En tanto, para los pacientes que hoy están internados, vamos a trabajar en un programa de egreso con residencias asistidas. Esto consiste en trasladar a grupos de 10 o 15 para que vivan como una familia, a cargo de un cuidador y con el control de un equipo de salud pública (Muñiz en «No vamos a», 2015, § 6).

El modo de vida familiar parece ser un elemento a considerar en la atención. Las personas que salgan de las colonias pasarán a recibir una atención marcada por las relaciones de soberanía. 16) «Entonces la idea es atender los nuevos pacientes que se generen en hospitales generales. Y que luego de recibir la atención, vuelvan a sus familias» (Muñiz en «No vamos a», 2015, § 6). Las palabras de la presidenta de ASSE marcan una novedad en la atención de los pacientes con problemas de salud mental: los nuevos pacientes se atenderían en hospitales generales. Después de ser atendidos, volverían a la familia. La atención pasa de las colonias a hospitales generales y las familias forman parte de la segunda instancia del proceso.

La atención en hospitales generales aparece como forma de evitar el hacinamiento de los enfermos psiquiátricos. Según el ministro Basso a *El País*: 17) «La idea del plan es terminar con el hacinamiento de los enfermos psiquiátricos, de manera que luego de que estos reciban un tratamiento de crisis, puedan volver a sus hogares» (en «ASSE decidida», 2015, «un cambio», § 2).

La familia y el hogar en tanto espacios en los que las personas realizan parte del proceso de atención son una orientación del nuevo modelo de atención en salud mental, debido a que el vigente está perimido: 18) «Modelo de atención en las colonias psiquiátricas está “perimido” hay que “retirarlo, suprimirlo”» (Basso en «Plan del MSP», 2015, § 4).

Si bien desde la noticia «Plan del MSP para psiquiátricos incluye el cierre de las colonias» (2015) el ministerio anuncia cambios en la legislación de salud mental y un plan de cierre de las colonias, también se comenzaron a trazar líneas para un nuevo encierro: el hospital penitenciario: 19) «Señor juez, ¿qué solución me da para alojar a esa persona?». El magistrado le replicó: «Yo no trabajo en el sistema de salud, juzgo conductas» («Jueces no tienen», 2016, § 7). Pinel liberó a los locos de las cadenas y los encadenó a la psiquiatría clásica. ¿La liberación de los locos del asilo, los encadenará al hospital penitenciario?

## Conclusiones

La postura del diario *El País* tiene rasgos sensacionalistas, aunque importa destacar que el diario pone en circulación la palabra médica en primer lugar, lo que nos permite inferir que algunos términos médicos podrían presentar rasgos sensacionalistas, por lo que queda abierta una futura investigación para identificarlo.

La investigación de Acuña y Sánchez (2014), como fuente prioritaria de *El País*, funciona como documento de autoridad al momento de justificar la postura del diario hacia sus lectores en relación con la atención en salud mental. Esta postura de los investigadores es crítica hacia el modelo de atención, pero nunca llegan a afirmar el cierre de las estructuras asilares, sino que se plantean necesidades de asilo en el nuevo estilo de la atención en salud mental. Por lo tanto, existe una crítica al modelo de atención en salud mental, pero no se plantea de forma explícita un cierre de las estructuras asilares.

Los textos que *El País* publica cada vez que sucede algún altercado en los servicios de atención son, por lo general, aquellos que dan voz a médicos con cargos en direcciones de ASSE, el MSP y las colonias Etchepare y Santín C. Rossi. Esto nos permite identificar la figura todavía vigente del médico jefe, que desde el 1900 está en el sistema de salud mental uruguayo.

En la cúspide de la organización piramidal del asilo está la vigilancia médica: profesionales que, bajo el mandato de preservar la vida, conforman una capa tecnocrática fundamental para sostener un proyecto de país. El doble papel técnico y administrativo ubica a los médicos en un lugar de responsabilidad fundamental ante incidentes en los servicios de atención en salud mental del Estado. Es en este sentido que, a partir del discurso del derecho cuando se cuestiona la organización disciplinaria de las colonias, debido a la vulneración de los derechos de los pacientes, el médico jefe saldrá a relativizar o desestimar estos cuestionamientos. Por lo tanto, se constata una continuidad en la prevalencia del discurso médico por sobre el resto de las disciplinas en cuanto a la legitimidad del decir sobre la atención en los servicios de salud mental.

La muerte de una persona en Etchepare por un ataque de perros alerta sobre las condiciones de vulneración de derechos de los pacientes residentes. Las diferencias entre el discurso disciplinar y el jurídico o soberano aluden, principalmente, a la incapacidad de los mecanismos vigentes (disciplinarios) a controlar el territorio ocupado por pacientes y perros. Por lo tanto, se identifica un choque entre el derecho y la medicina como dos formas de ejercicio del poder que, si bien se complementan, tienen diferentes enfoques. Esto queda demostrado en el sentido de que, si bien se visualiza la inexistencia del Estado de derecho en las colonias, en ningún momento surge desde el discurso jurídico la propuesta de cambiar los modos organizativos piramidales que todavía tienen los servicios de atención en salud mental, donde la figura del

*médico jefe* es su eslabón principal. El cambio de ley, si bien ubica la necesidad de superar el sistema asilar, nada menciona sobre las formas e integrantes en la conducción de los servicios de atención en salud mental.

El trinomio medicina, Estado y política de salud mental nos permite relacionar los primeros dos elementos bajo la figura del médico jefe, sobre el relacionamiento entre el Estado y la política de salud mental, creemos que involucra en los profesionales de la salud mental cierta idea de Estado. El Estado como protagonista principal para posibilitar cambios en la sociedad uruguaya propició la esperanza de cambios en salud mental en los marcos de un gobierno de izquierda. El supuesto de un Estado presente que genere bienestar en su población como principal propósito tiene, en la salud pública, una estrategia política para lograrlo. En el caso de la salud mental, se la ubica bajo los parámetros de la salud pública en dos sentidos: su objeto es la población y no tanto el cuerpo individualizado y, como consecuencia de esto, los fenómenos a tratar trascienden el ámbito sanitario. Esta nueva política en salud mental da lugar a un dispositivo en la atención en salud mental que complementa el dispositivo disciplinar. La importancia de la intervención extramuros en la comunidad, así como acciones de prevención y promoción pautadas por datos epidemiológicos, se convierte en central para el nuevo modelo de atención en salud mental.

La comunidad pasa a ser un elemento terapéutico central en sus distintas variantes (centros comunitarios, casas de familia, casas de medio camino, acompañantes comunitarios, unidades de inserción comunitarias) para producir bienestar en la población. Se identifica a la comunidad, de este modo, como la población en términos de sujeto, dado que produce sus propias herramientas para el bienestar, como afirma el discurso profesional. En términos de objeto, la población es un objeto a intervenir en sus instituciones de residencia (instituciones educativas, organizaciones laborales), lo cual es posible por medio de la noción teórica de *medio*. El medio como noción teórica disponible para la política pública en salud mental se expresa a través de la idea de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud mental. Los contextos son objeto de acciones de prevención y promoción en salud mental.

Por lo tanto, tenemos, por un lado, a la comunidad como forma terapéutica que, si bien se contrapone al asilo en términos discursivos, no se explicita —salvo en cuanto a la necesidad de controles estatales— qué particularidades debe tener en su funcionamiento para no transformarse en pequeños manicomios. Con relación a las relaciones de poder que podrían existir en la comunidad, al igual que las que se encuentran en el asilo según los profesionales, no se proyectan críticas o posibles problemas.

En cuanto a una población cada vez más intervenida por acciones de la política pública —población como objeto—, no se observa en el discurso profesional de *El País* la necesidad de instancias de libre acceso y funcionamiento democrático para la población que tengan como fin resguardar sus

posibilidades a disentir los efectos de la omnipresencia de la atención en salud mental. En este sentido, se cae en el riesgo de reproducir la lógica asilar en el nuevo modelo de atención en salud mental.

Identificamos diferencias en cuanto a cómo se configura la atención en salud mental en relación con la importancia que, hasta el momento, tenía el dispositivo disciplinar. La forma de atención planteada a través de la desinstitucionalización permite un funcionamiento de los servicios de atención según un dispositivo *de seguridad*. Este plantea un funcionamiento en red de los servicios de atención en salud mental, por lo que amplía los circuitos de intervención hasta la comunidad. Se trata de un dejar hacer en términos de atención en salud mental según los datos epidemiológicos de la población a intervenir, no de regular más de lo que marca la media a alcanzar —por ejemplo, bajar tasa del suicidio en Uruguay—, lo que representa un relacionamiento de distintos elementos para impulsar otros, la falta de compromisos familiares hacia los pacientes se anula con el fortalecimiento de la comunidad en sus distintas variantes (casas de salud, residencias asistidas). En resumen, se concibe el trastorno mental como forma de concebir la salud mental en términos poblacionales.

Si bien el dispositivo de seguridad plantea un cambio de énfasis del discurso profesional en relación con la atención en salud mental, no anula al dispositivo disciplinar centrado en las estructuras asilares, sino que funciona como complemento. En este sentido, identificamos cómo el discurso de una atención en la comunidad y dirigido a la población, la generación de un discurso proveniente del ámbito jurídico y de la psiquiatría, que plantea la creación de un nuevo encierro: *el hospital penitenciario*.

Sin desmedro del dispositivo de seguridad, se acentúa un dispositivo disciplinar como el hospital penitenciario. Este nuevo encierro aparece como una formación de compromiso entre un posicionamiento sanitario que piensa la enfermedad mental como una enfermedad orgánica, afirmando la atención de la enfermedad mental en hospitales, y un posicionamiento basado en la peligrosidad de quienes residen en los servicios de salud mental (sala 11 del Vilardebó y las colonias), que deberían de atenderse en un centro penitenciario. La figura del paciente judicial despierta caos en los servicios de atención en salud mental, debido a la dificultad para diferenciar un delirio de su simulación para brindar una atención adecuada. La dificultad para evaluar la condición del paciente judicial ocasionó movimientos dentro de la SCJ que, por reclamos de autoridades de ASSE y del hospital Vilardebó, ordena crear el SED en cárceles. El discurso jurídico insiste, junto con las autoridades de salud pública y la SPU, en la construcción de un lugar para atender pacientes judiciales en centros penitenciarios. En este tema, el derecho y la medicina no tienen diferencia alguna.

Si la diferencia entre un delirio y una simulación es difícil porque no hay aparatos para medirlos y los jueces se jactan de juzgar conductas, ¿hasta qué

punto se puede diferenciar una acción en el marco de una descompensación o un intento de engaño para no ir a la cárcel? El establecimiento de los SED en cada cárcel busca ser una solución a la interrogante. Resulta significativo que en el contexto de un supuesto cierre de las estructuras asilares y monovalentes (Uruguay, 2017, art. 37) se generen servicios de atención en salud mental en el sistema penitenciario. Si ante la difícil situación de diferenciar un delirio o una simulación se adoptan instrumentos en la órbita del sistema penitenciario, se podría advertir una posible judicialización de la locura.

De este modo, concluimos que un cambio en la atención en salud mental basado en un dispositivo de seguridad no garantiza que la población no padezca los males del encierro. Un cierre abrupto de las estructuras asilares y monovalentes sin la implementación de dispositivos que acompañen los procesos singulares de las personas podría derivar en que aquellas personas sin posibilidad de insertarse en una supuesta comunidad terminen recurriendo al hospital penitenciario para recibir una atención en salud mental. En este caso, la huella de la peligrosidad seguirá inscrita en las venideras portadas del diario *El País*.



### Análisis del discurso profesional en *La Diaria*

En este capítulo analizaremos las 36 noticias publicadas por *La Diaria* entre el 1 de enero de 2015 y el 11 de agosto de 2017. En estas noticias se seleccionan los textos de los profesionales de la salud mental —médicos, abogados y psicólogos— que el periódico elige usar para referirse al cambio de atención en salud mental.

En el primer apartado identificamos la perspectiva integral del periódico *La Diaria* sobre la atención en salud mental, fundamentada en la multiplicidad de voces que circulan en sus publicaciones. Hay una cobertura constante por parte del periódico de las instancias parlamentarias sobre el cambio de ley en salud mental, en la que profesionales de la salud mental y parlamentarios dan cuenta de sus puntos de vista. También se toman las palabras de profesionales de la salud mental que forman parte de organizaciones sociales y profesionales.

En el segundo apartado analizamos los discursos de profesionales de la salud mental sobre la muerte de un paciente en la colonia Etchepare y cómo este hecho comienza a instalarse en el discurso de las autoridades de la política pública en salud mental, en el que se plantea la necesidad de un cambio en el modelo de atención. La muerte del paciente en la Etchepare se toma como una oportunidad para efectuar cambios en los servicios de atención en salud mental. Este hecho trágico visibiliza las condiciones en que viven los pacientes de la colonia Etchepare. Mientras que el discurso jurídico argumenta que existe vulneración de los derechos humanos, parte del discurso médico discrepa con ese diagnóstico, dado que considera que no existiría vulneración de derechos en las colonias. La necesidad de acciones que involucren bajar las aglomeraciones de pacientes en las colonias comienza a inscribir el discurso sobre un dispositivo de atención que se apuntala en la búsqueda de la libertad de circulación y no desde un enfoque solo disciplinario.

El tercer apartado refiere a la libertad que inspira el dispositivo de seguridad y que se expresa en la nueva estrategia de atención en salud mental. Se plantean tres registros interpretativos provenientes de la filosofía de Honneth (2014) para pensar la libertad que permiten visualizar los tipos de libertad en el dispositivo de seguridad. Además de la libertad de circulación, tan importante en los dispositivos de seguridad según Foucault (2016), la libertad en términos de autonomía o libertad reflexiva según Honneth (2014) también constituye a los mecanismos de seguridad en el discurso del nuevo modelo de salud mental.

En el cuarto apartado se señalan las diferencias en relación con el nuevo modelo de atención en salud mental. Si bien hay un acuerdo por parte de los profesionales en cuanto a la perspectiva de derechos humanos que debe tener el modelo de atención en salud mental, existen diferencias en lo que esto supone. Por un lado, el discurso de la medicina sostiene que el proyecto de ley discutido en el Parlamento y aprobado en agosto de 2017 contiene una perspectiva de derechos humanos y, por otro lado, el discurso de profesionales de la psicología critica lo tratado en el Parlamento y plantea la falta de integración en el nuevo modelo de atención de los estándares internacionales en derechos humanos y salud mental.

El quinto apartado trata las disputas de la psiquiatría y la psicología en el nuevo modelo de atención. Los campos de disputas fueron el lugar preponderante de la psiquiatría en el proceso de atención en salud mental en relación con el equipo interdisciplinario y el uso del término *trastorno mental* en gran parte de los artículos de la ley y su asociación a la psiquiatría como campo específico.

En el sexto apartado se señalan las orientaciones del dispositivo de seguridad que configuran la nueva estrategia de atención en salud mental. La importancia en los determinantes en salud (Lalonde, 1974) fundamenta las acciones educativas en salud mental y produce una ampliación de los circuitos de intervención de las prácticas profesionales. Autoridades de salud mental señalan la rentabilidad del nuevo modelo de atención y esto es materia de análisis, puesto que el cambio de modelo de atención debería ser una necesidad para garantizar derechos, no porque sea más rentable que el modelo asilar de atención. Las alternativas que se plantean para sustituir al manicomio son objeto de controversia entre las autoridades de salud mental y el discurso de los psicólogos, dado que no necesariamente inciden en cambiar la lógica manicomial. Algunos de los elementos que se integran a la lógica centrífuga (Foucault, 2006) del dispositivo de seguridad son las casas tuteladas, casas de medio camino, cooperativas sociales, residencias asistidas. Estas son parte de un abanico flexible de alternativas que propician algunas acciones de integración a la comunidad de personas con problemas en salud mental y anulan otras acciones referidas a la proclive vulneración de derechos de las estructuras asilares. Estos cometidos parecen disolverse por algunas contradicciones que marca la nueva ley de salud mental, según profesionales.

La búsqueda de libertad para los pacientes residentes en instituciones totales (Goffman, 2001) por medio de una atención extramuros o en la comunidad, tiene su complemento en la peligrosidad de estos cambios percibidos en términos poblacionales. Los profesionales del derecho y la medicina afirman la necesidad de un hospital judicial para pacientes peligrosos. El problema de la seguridad se expresa, por un lado, en el intento de asegurar las libertades individuales de pacientes internados por medio de la desinstitucionalización y, por otro lado, hay un intento de asegurar la preservación

de cierto interés colectivo de posibles pacientes violentos por medio del hospital judicial.

En el séptimo apartado se establecen las conclusiones. Estas aportan un segundo insumo para responder a la pregunta de investigación sobre la nueva conceptualización de la atención en salud mental, según el discurso profesional en *La Diaria*.

## *La Diaria* y la atención en salud mental

*La Diaria*, por sus características ya expuestas, se financiaba, en principio, con posibles lectores y los trabajadores asumían las actividades de gestión del periódico. En 2019, según menciona *La Diaria* en su sitio web, fue el segundo periódico más vendido a nivel nacional, lo que lo hace uno de los medios de comunicación más importantes en la formación de opinión de los ciudadanos.<sup>82</sup>

En las 36 noticias de *La Diaria*, los profesionales de la salud mental se expresan en relación con la salud mental, el trastorno mental, los usuarios, las personas, los pacientes, la enfermedad mental, los beneficiados, los enfermos con problemas mentales y las personas con patologías psiquiátricas. El periódico usa principalmente la cita directa como forma de darle voz a los profesionales de la salud mental, lo que acota el espacio de adjudicación de sentido del periódico sobre las declaraciones de los profesionales para generar una idea de objetividad por parte del periódico para sus lectores. Sin embargo, utilizan también el discurso indirecto para seleccionar los aspectos clave del mensaje.

Las prácticas de atribución de fuentes o voces autorizadas desarrolladas por el periódico otorgan participación a los médicos en 35 oportunidades, de los cuales 18 son psiquiatras. Por otro lado, hay 21 intervenciones de psicólogos y 9 de abogados. Esto señala una mayor participación de la perspectiva médica en términos cuantitativos por parte del periódico sobre el cambio de atención en salud mental.

Desde el punto de vista cualitativo, el periódico tiene distintas perspectivas en cuanto a la atención en salud mental. Destacamos que no adopta una fuente única para dar cuenta de su postura sobre el tema. Si bien otorga más participación a los médicos que a las otras profesiones, aparecen varios documentos que dan cuenta de otras miradas además de la médica sobre la atención en salud mental. Esto nos lleva a identificar una postura integral en relación con la atención en salud mental.

La postura del diario se orienta en lo cualitativo hacia un abordaje integral sobre la salud mental, en tanto integra distintas voces de organizaciones

---

82 En capítulo referido a la metodología se trabaja el perfil del diario.

sociales y profesionales sobre el tema. El periódico, además, hace un seguimiento de las instancias parlamentarias. En este sentido, *La Diaria* utilizó las palabras de los profesionales en el ámbito parlamentario, de organizaciones sociales y organizaciones profesionales en relación con la atención en salud mental.

A continuación, se expone cómo la postura integral por parte del periódico se refleja, por un lado, en las noticias que publica en su portada, donde se utilizan las palabras de profesionales de la salud mental en el ámbito parlamentario, dando cuenta de la importancia otorgada por parte del periódico a las instancias parlamentarias en el cambio de ley de salud mental. También se analizan los documentos<sup>83</sup> mencionados por profesionales como fuentes de autoridad para el cambio del modelo de atención, que expresan posturas de las organizaciones sociales y profesionales sobre el tema.

### Postura integral de *La Diaria*

La postura integral<sup>84</sup> del periódico se constata en la integración sistemática que este hace de las diferentes perspectivas de los profesionales de la salud mental en distintos ámbitos. En primer lugar, *La Diaria* lleva a cabo un seguimiento de las instancias parlamentarias sobre el cambio de ley de salud mental, que se expresa en las portadas dedicadas a esta temática. El periódico usa la voz de parlamentarios y profesionales de la salud mental que provienen de las comisiones de Salud del Parlamento, así como de las votaciones en cámara de senadores y diputados en referencia a la aprobación de la nueva ley en salud mental. El cambio de atención en salud mental fue concebido por parte del periódico, como sinónimo de cambio del modelo de atención.

El periódico le dedica un total de trece portadas a las noticias referidas a la salud mental. La aprobación de la ley en Diputados y en Senadores es objeto de la portada los días 9 (Muñoz, 2017a) y 11 de agosto de 2017 («Senado aprobó»). Un año antes, cuando se aprobó por primera vez<sup>85</sup> el proyecto de la Ley de Salud Mental en Senadores, también salió en portada de *La Diaria* (Muñoz, 2016b).

---

83 Es importante mencionar que referenciamos a las organizaciones sociales que los profesionales en salud mental citan de forma directa o indirecta a través de algún tipo de documento.

84 La postura integral de *La Diaria* la concebimos en relación con la temática abordada.

85 Es necesario aclarar que el trámite de la nueva Ley de Salud Mental consistió del siguiente proceso parlamentario: 1) Ingreso del proyecto de ley al Parlamento, enviado por el Poder Ejecutivo. 2) En una primera instancia, el proyecto de ley se aprueba en Senadores. 3) Se envía a Diputados para su aprobación, allí se establecen modificaciones y se votan. 4) De vuelta en Senadores, el proyecto del ley se aprueba con las modificaciones realizadas por Diputados y así pasa a ser ley.

Si nos referimos a lo sucedido en estas instancias, algunos elementos indican en qué consiste el cambio de atención en salud mental para los profesionales en el ámbito parlamentario.

### *Profesionales de salud mental en el Parlamento*

En la primera aprobación del proyecto de ley de salud mental en el Senado hubo críticas por parte de un médico y parlamentario sobre el proyecto. *La Diaria* parafrasea a un profesional:

1) El senador nacionalista Javier García cuestionó la atención interdisciplinaria —en el entendido de que puede haber lugares del país en los que no haya especialistas en todas las disciplinas— y dijo que podría dejar a alguna persona «sin margen» de «optar por la atención de un especialista sin tener que pasar por un equipo multidisciplinario». Criticó el «cambio de paradigma» de atención y la velocidad con que se propone concretarlo (García en Muñoz 2016b, «matices», § 1).

El cambio de atención se plantea en términos de un abordaje interdisciplinario que el senador plantea como problemático. Este sería uno de los elementos que se encuentran en el también cuestionado cambio de paradigma. Lo que es importante señalar es que el proyecto de ley promueve un cambio de atención.

Otro abogado y senador parafraseado por *La Diaria* plantea la fecha para el cierre de las instituciones asilares y cuestiona requisito de internación: 2) «Pablo Mieres (Partido Independiente) señaló que debería incluirse una fecha de cierre de los asilos y cuestionó que la internación involuntaria requiera la firma de dos profesionales médicos y que uno de ellos pueda no ser especialista» (Muñoz, 2016b, «matices», § 3).

El cierre de los asilos con una fecha establecida pasa a ser un cambio importante en la atención en salud mental, dado que no se atenderían a las personas con problemas de salud mental en los asilos. Este cierre de asilos necesariamente provoca la creación de otros dispositivos o cambios en la distribución de los pacientes en los servicios de atención vigentes.

Un abogado y senador en relación con el proyecto de ley en salud mental señala la importancia de la familia y se pregunta por los recursos para el organismo de contralor de los servicios de atención. *La Diaria* parafrasea a legislador: 3) «Pedro Bordaberry (Partido Colorado) opinó que debería profundizarse la atención a la familia y preguntó cómo se implementará el contralor si recién recibirá recursos en la próxima Rendición de Cuentas» (Muñoz, 2016b, «matices», § 4).

La familia, como parte de este nuevo modelo de atención, parece tener un lugar importante, así como también la posibilidad de destinar recursos

para el organismo de contralor encargado de supervisar las prácticas de atención en salud mental. De este modo, podemos afirmar que, en la primera votación en Cámara de Senadores del proyecto de ley, se establece que hay un cambio de paradigma en la atención, pese a sus críticas. Este tiene, entre sus componentes, una atención interdisciplinaria y el cierre de los asilos. Sin embargo, se presenta la necesidad de establecer una fecha de cierre de los asilos para promover el cambio de modelo, la atención a las familias tiene que ser una prioridad en un posible nuevo contexto. Las críticas a la interdisciplina en el proceso de atención y la adjudicación de fondos a organismo de contralor de la atención en salud mental se ubicaron como parte fundamental para un cambio de paradigma.

El proyecto de ley, aprobado por el Senado el 11 de octubre de 2016, pasará a la Comisión de Salud de Diputados para después ser tratado en sala y votado.

A propósito de la aprobación del proyecto en la Cámara de Representantes, *La Diaria* parafrasea y selecciona algunas palabras del médico y diputado Enrique Gallo que, en relación con el tratamiento del proyecto, dice:

4) «comprometido, democrático y consensuado» proceso de elaboración, en consulta con diferentes sectores académicos, profesionales, gubernamentales, usuarios y familiares. Gallo habló de la posibilidad de «promover un cambio histórico en el Uruguay», por el abordaje más comunitario al que se refiere el proyecto. Explicó que este pretende «dejar atrás el estigma», y que se podrá corregir o mejorar en un futuro (en Muñoz, 2017a, § 2).

Para el parlamentario, el proyecto de ley, además de señalar las características de su proceso como «comprometido, democrático y consensuado» (Gallo en Muñoz, 2017a, § 2), indica que el cambio de abordaje en salud mental es «más comunitario». Esto último será uno de los elementos del cambio de la atención en salud mental que vehiculiza el proyecto de ley.

El psicólogo y parlamentario del mismo partido político, Gerardo Núñez, expresaba en *La Diaria* ciertas diferencias sobre el consenso planteado por el médico en relación con el proyecto de ley.

5) Detalló también «los elementos que faltan», que, tal como recordó, han sido señalados como una carencia por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) y por las 54 organizaciones que integran la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos (CNLSM). «No se han respetado en su totalidad los estándares en cuanto a las denominaciones», reconoció Núñez respecto del término «trastorno mental», que si bien fue eliminado en algunos artículos, continúa presente en el texto. El término es objetado por estigmatizante,

reduccionista al campo de la psiquiatría, y porque, tal como quedó redactado el proyecto, las políticas interinstitucionales de inclusión serán dirigidas a quienes tengan un «trastorno mental» (en Muñoz, 2017a, § 3).

Los aspectos no incluidos, según el parlamentario, son los aportes del INDDHH, del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y de las organizaciones que integran la CNLSM.<sup>86</sup> Uno de estos aportes es la eliminación del término *trastorno mental*. Otro elemento que destaca el parlamentario y psicólogo, parafraseado por *La Diaria*, es el cierre de las estructuras asilares y monovalentes para el 2025: 6) «se logró introducir una fecha límite de cierre de las estructuras asilares y monovalentes (2025)» (Núñez en Muñoz, 2017a, § 3).

El cierre de las estructuras asilares y monovalentes parecen ir en el sentido de un abordaje en salud mental orientado hacia la comunidad. El cambio que involucra el pasaje de una atención asilar a una atención comunitaria se lograría, de manera progresiva, en el 2025. Según las expresiones de los parlamentarios en Cámara de Representantes, algunas de las características del cambio de atención en salud mental serían el uso del término *trastorno mental* y un abordaje con *más comunidad*, debido al cierre de estructuras asilares y monovalentes.

Días después, la aprobación definitiva del proyecto de ley en salud mental tuvo la participación en *La Diaria*<sup>87</sup> de un senador y médico («Senado aprobó», 2017) que alertaba sobre la necesidad de recursos para la aplicación de la ley: 7) «esta ley sin recursos no se puede aplicar» (García en «Senado

86 La CNLSM «es un espacio político no partidario conformado por diversas y heterogéneas organizaciones y personas que luchan por profundizar los derechos de las personas con padecimiento psíquico en nuestro país» (Universidad de sus integrantes de la República, 2016, «sobre la Comisión», § 1). Algunos de sus integrantes son: Amarc Uruguay (Asociación Mundial de Radios Comunitarias-Sección Uruguay), Asamblea Instituyente. Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, Asociación Civil Abrazos, Asociación de Terapia Ocupacional, Asociación Uruguaya de Psicomotricidad, Asumir, Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAINFO), Cipres, Colectivo Ovejas Negras, Comunicación Participativa desde el Cono Sur (Comcosur), Comisión de Apoyo a Madres y Familiares de Uruguayos Detenidos Desaparecidos, Comisión Discapacidad-PIT-CNT, Comité de los Derechos del Niño/a Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Defensa de Niños y Niñas Internacional, El Abrojo, Espacio Cultural Bibliobarrio, Facultad de Psicología (Udelar), FEUU, Grupo de Apoyo a Familiares y Amigos de Usuarios del Hospital Vilardebó, Grupo de la Esperanza, Grupo de Salud Mental Comunitaria (Udelar), Grupo Psicología Política Latinoamericana, Ielsur, Licenciatura en Psicomotricidad y Licenciatura en Terapia Ocupacional (EUTM de la Facultad de Medicina, Udelar), Luna Nueva, Proderechos, Radio Vilardevoz, RUJAP (Red Uruguaya de jóvenes adolescentes positivos), Serpaj, Nuestro Propio Horizonte (§ 1).

87 Como mencionamos en el capítulo sobre la metodología, solo se toman las palabras de profesionales de la salud y, en este caso, de parlamentarios. El resto de los parlamentarios que estén mencionados en la noticia («Senado aprobó», 2017) y que no sean profesionales de la salud mental, no se tienen en cuenta.

aprobó», 2017, § 5); 8) «la formación y capacitación que implica el proyecto, el diseño de un plan de salud mental, las redes territoriales, los dispositivos residenciales con apoyo y la red pública requieren recursos» (García en «Senado aprobó», 2017, § 5).

La posibilidad de aplicar la ley a través de la asignación de recursos y, por lo tanto, cambiar el modelo de atención en salud mental, parece un argumento poco esperanzador dentro de los siete minutos que duró la discusión en el Senado para aprobar el proyecto de ley («Senado aprobó», 2017, § 1).

El cambio del modelo de atención de salud mental según las instancias parlamentarias consistiría en un modelo con más comunidad, el cierre de las estructuras asilares para el 2025, una atención interdisciplinaria cuestionada y el trastorno mental como termino reduccionista. A esto se le suma la necesidad de un presupuesto que permita hacer posible los cambios.

Vemos cómo *La Diaria* da cuenta de las ambivalencias y contradicciones que ha tenido la aprobación del proyecto de ley de salud mental por parte de profesionales en el ámbito parlamentario. Por lo tanto, es de destacar el seguimiento del periódico sobre la temática en el ámbito parlamentario: las tres instancias de votación parlamentaria de la Ley n.º 19.529 fueron noticias de portada del diario<sup>88</sup> y fueron noticia las comisiones de salud del Parlamento que trataron el proyecto de ley de salud mental.

Con relación a la selección de las palabras de parlamentarios y profesionales de la salud mental en *La Diaria* en el contexto de las comisiones de Salud en el Parlamento, el periódico tiene cuatro noticias.<sup>89</sup> En «Proyecto de ley de salud mental» (2017), los profesionales de la salud mental y parlamentarios

88 Las diez portadas restantes refieren a la necesidad del cambio de paradigma planteado por psicólogos integrantes de la CNLSM (Muñoz, 2016a); las declaraciones del ministro de Salud Pública sobre la necesidad de superar el modelo asilar (Basso en Muñoz, 2015h, «otro modelo», § 2); la noticia sobre el traslado de personas de la sala 11 del hospital Vilardebó a la ex Cárcel Central («Un parche para vivir», 2015) y los cuestionamientos de la INDDHH; la participación de senador en actividad organizada por Radio Vilardevoz en el Parlamento (Muñoz, 2015h); la noticia titulada «En tránsito» (Muñoz, 2015f), que plantea oposición de gremio de funcionarios a cierre de asilos y las afirmaciones de Porciúncula sobre un modelo de atención en salud mental; «Comunes y corrientes» (Muñoz, 2015e) se titula la noticia donde se menciona a la desinstitucionalización para hacer referencia al cambio de modelo de atención; la noticia «Poco a poco» (Muñoz, 2015k) menciona los lineamientos del anteproyecto de ley de salud mental que recibirá el ministro de salud pública; un jerarca del Ministerio de Salud Pública (Muñoz, 2015n) informa sobre los trabajos llevados a cabo para la nueva ley en salud mental; la noticia «Acatan órdenes» (Muñoz, 2015a) refiere a las diferencias entre director de las colonias y valoración de la jueza sobre situación de vulnerabilidad de los pacientes en las colonias; «Amores perros» (Muñoz, 2015c) informa sobre el fallo de la jueza por muerte de paciente en colonia Etchepare.

89 Nos parece indicado solo mencionar las noticias que informan sobre las comisiones de Salud del Senado y Diputados sin profundizar en ellas, dado que no se encuentran cambios significativos entre los discursos de estas noticias y las noticias ya trabajadas sobre la aprobación en las cámaras del cambio del modelo de atención en salud mental.

dan cuenta de sus opiniones del proyecto de ley aprobado en la Comisión de Salud de Diputados. Muñoz (2017b) cita a los parlamentarios en Comisión de Salud de Diputados en el contexto de un debate sobre si modificar o no del proyecto de ley proveniente del Senado. También hace referencia a los acuerdos en la Comisión de Salud de Diputados para implementar modificaciones al proyecto de ley del Senado (2017c) y alude a la aprobación del proyecto de ley en Comisión de Salud de Senadores (2016e).

Además de los profesionales de la salud mental en el ámbito parlamentario, también se expresaron profesionales de la salud mental desde sus organizaciones profesionales y sociales.

### *Organizaciones profesionales y sociales: perspectivas sobre el cambio de atención en salud mental*

En la noticia «Proyecto de Ley de Salud Mental: más coincidencias que diferencias»<sup>90</sup> Acuña (2017) cita de forma directa algunos puntos del documento de la CNLSM con el objetivo de polemizar con las organizaciones sociales allí nucleadas. Es importante destacar que el psiquiatra es autor de la nota en *La Diaria*, a diferencia de lo que sucede en otras noticias donde el periodista es mediador del discurso profesional. En este caso, Acuña (2017) escribe la nota «Proyecto de Ley de Salud Mental: más coincidencias que diferencias», en la que busca influir en la opinión pública mediante una interpretación del proyecto de ley desde la psiquiatría para legitimar su posicionamiento y conocimiento profesional por sobre el de las organizaciones sociales. En esta noticia, el integrante de la SPU plantea objeciones a la CNLSM, dado que, a su entender, el proyecto de ley<sup>91</sup> integra los 9) «ejes de la “perspectiva de derechos”» (Acuña, 2017, § 3). Esto se diferencia de lo sostenido por las organizaciones sociales de la CNLSM.

Las diferencias entre la CNLSM y la SPU sobre el proyecto de ley se expresan en las noticias de *La Diaria* en el correr del capítulo. En este sentido, hay dos perspectivas en relación con la Ley de Salud Mental que proponen un cambio en la atención: la de las organizaciones sociales que integran la CNLSM y la SPU.

En la nota «Proyecto de Ley de Salud Mental: más coincidencias que diferencias» (Acuña, 2017), un psiquiatra refiere a algunos de los puntos expresados en la plataforma de la CNLSM (Universidad de la República, 2016). Esta

---

90 Esta noticia (Acuña, 2017) no se encuentra en formato papel, sino que es publicada por el periódico únicamente en formato digital.

91 El texto de la CNLSM al que el psiquiatra se refiere no aparece de forma explícita, por lo tanto, utilizamos las citas directas como representación de la intertextualidad (Bazerman, 2004) del profesional para identificar el texto de la CNLSM. En este sentido, identificamos la plataforma de la CNLSM como el documento con el que polemiza Acuña (2017).

plataforma señala once puntos clave<sup>92</sup> que debería tener el nuevo proyecto de ley en salud mental para generar cambios en la atención, según un paradigma de derechos humanos. Acuña (2017) señala solo algunos de los puntos que, a su entender, ya estarían contemplados en el proyecto de ley:

10) Se dice también que las organizaciones sociales nucleadas en la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental sostienen los siguientes «puntos clave»: «Promoción de un modelo no sanitarista de abordaje integral e interdisciplinario, creación de un órgano de revisión y supervisión independiente y autónomo que vele por los DDHH, cierre de todas las instituciones asilares y hospitales monovalentes públicos y privados a nivel nacional, promover políticas activas de educación, comunicación y cultura que incentiven procesos de desestigmatización, garantías y plazos para internaciones involuntarias...». [...] Estamos de acuerdo con estos «puntos clave», y además, todos ellos están contemplados en el proyecto de ley aprobado por el Senado de la República y a consideración de los representantes nacionales (§ 4-5).

A continuación, indicamos los cuatro puntos de diferencias que sostiene Acuña (2017) en relación con la perspectiva de la CNLSM:

---

92 Los once puntos planteados en la plataforma de la CNLSM (Universidad de la República 2016) son los siguientes:

1. Respetar los derechos humanos, la dignidad y el buen trato hacia las personas con problemas en salud mental.
2. Crear un órgano de revisión y supervisión independiente y autónomo que vele y garantice los DDHH.
3. Promover políticas activas de educación, comunicación y cultura que promuevan procesos de desestigmatización y despatologización.
4. Velar por un modelo no sanitarista de abordaje integral e interdisciplinario.
5. Garantizar el acceso y goce efectivo de los derechos universales, civiles, políticos, económicos y culturales de las personas con padecimiento psíquico. Asegurar vivienda, trabajo, educación, cultura con nuevas políticas intersectoriales e interinstitucionales que den respuesta a estas problemáticas.
6. Cerrar todas las instituciones asilares y hospitales monovalentes públicos y privados a nivel nacional, con un cronograma y plan de cierre.
7. Crear unidades de salud mental en hospitales generales y de dispositivos sustitutivos y alternativos a los abordajes tradicionales.
8. Participar los trabajadores de forma activa, que incluya espacios de formación y cuidado, desde una perspectiva de derechos humanos.
9. Participar usuarios y familiares en el diseño, aplicación y seguimiento de las políticas en salud mental y del nuevo Plan Nacional de Salud Mental.
10. Brindar garantías y plazos para internaciones involuntarias. Revisar todas las terapéuticas iatrogénicas y coercitivas como uso indiscriminado de electrochoques, medidas de sujeción y sobre medicación, entre otras.
11. Promover la formación en derechos humanos de todos los operadores en salud mental y en todos los niveles de la educación, así como su inclusión en el contenido y cuidado de las prácticas. («plataforma de la», § 1)

El representante de la SPU destaca el punto dedicado a la «promoción de un modelo no sanitarista» (Acuña, 2017, § 6) que se encuentra en el cuarto punto de la plataforma de CNLSM.

11) Veamos el primer punto: «promoción de un modelo no sanitarista». Cuando hablamos de intersectorialidad y desarrollo de medidas a nivel de la comunidad estamos hablando precisamente de esto. No alcanza con las medidas de asistencia sanitaria; estas deben articularse con políticas sociales, políticas de prevención que deberán llevarse adelante en las escuelas, en los lugares de trabajo, con medidas específicas dirigidas a grupos vulnerables. Estos aspectos están considerados en el proyecto de ley en los arts. 11 al 14. Cap. 4 «interinstitucionalidad» (§ 6).

Es destacable que al punto 4 de la plataforma de la CNLSM (en Udelar, 2016, «plataforma de la», § 1) le faltan las siguientes palabras: «de abordaje integral e interdisciplinario». El psiquiatra recorta el punto que pretende discutir, que, casualmente, es clave para argumentar a favor de la intersectorialidad o interinstitucionalidad. Este punto, en este contexto, no parece ser el central para la CNLSM. En el punto 4 (CNLSM en Udelar, 2016, «plataforma de la», § 1), las organizaciones mencionan un abordaje, además de integral, interdisciplinario. Creemos que atiende parte del punto 4, el referido a la integralidad del modelo, en el que la interinstitucionalidad es fundamental, pero omite la interdisciplina.

Con relación al abordaje integral e interdisciplinario, Acuña (2017) menciona que estos elementos están en «art. 3 y en el art. 31» (§ 7) del proyecto de ley, y que existe acuerdo por parte de «las Sociedades de Psiquiatría y las Cátedras de Psiquiatría de la Facultad de Medicina» (§ 7). Sin embargo, no se los relaciona con el modelo sanitario que plantean las organizaciones sociales de la CNLSM.

Si vamos a los artículos 3 y 31 del proyecto de ley, el artículo 3 contiene uno de los principios rectores: «Reconocer a la persona de manera integral». Sin embargo, en el artículo 31 tenemos que: «En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario». Antes de la intervención del equipo interdisciplinario, en las internaciones involuntarias solo intervienen médicos, según ese mismo artículo: «firmado por dos profesionales médicos». Es posible que, en su referencia al modelo sanitario, las organizaciones de la CNLSM refieran a la no participación del equipo interdisciplinario en el comienzo del proceso de atención, sino que solo intervienen médicos.

El órgano de revisión y supervisión que aparece en el proyecto de ley de salud mental, según Acuña (2017), es el indicado:

12) El punto que corresponde al «Órgano de revisión y supervisión», en el proyecto de ley aparece en el Art. 40 como «Comisión Nacional de

Contralor de la Atención en Salud Mental». Su calidad de órgano técnico desconcentrado, tal como viene definido en el proyecto de ley, parece por demás adecuado, en tanto deberá asumir las funciones de la Inspección General de la Asistencia de los Psicópatas y de la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas que hoy funcionan y que quedaran suprimidas por la derogación de la Ley n.º 9581 (§ 11).

En cambio, según la plataforma de la CNLSM (en Udelar, 2016, «plataforma de la», § 1), el órgano de revisión y supervisión que garantice y vele por los derechos humanos debe ser independiente y autónomo (§ 1). La diferencia parece establecerse en las características del órgano de revisión y supervisión, mientras Acuña (2017) cree que lo adecuado es una comisión de contralor situada en el MSP, tal como establece el proyecto en su artículo 40 (Poder Legislativo, 2015). La CNLSM plantea que sea un órgano de supervisión independiente y autónomo.

Como otro de los puntos de la polémica, Acuña (2017) menciona:

13) El «cierre de los establecimientos monovalentes» está presente en el proyecto de ley en los arts. 37 y 38. El llamado «cronograma de cierre» que solicitan dichas organizaciones, es materia del Plan de Salud Mental que será la etapa a la que deberemos abocarnos luego de aprobada la ley (§ 7).

La necesidad de un cronograma de cierre como punto 6 de la plataforma de la CNLSM (Udelar, 2016, «plataforma de la», § 1), refiere también a un «plan de cierre» (p. 1), cuestión que psiquiatra omite (Acuña, 2017). En este sentido, parece que Acuña no repara en la necesidad que tienen las organizaciones sociales de establecer un cronograma de cierre en el proyecto de ley, junto con las acciones que se deben tomar para que este sea posible.

En cuanto al punto de procesos que incentiven la desestigmatización, Acuña (2017) dice:

14) En lo referido al punto de «lucha contra el estigma», no hay nada en la ley que impida llevar adelante medidas de este tipo y aún, sin la aprobación de la nueva ley, es posible llevar adelante acciones con este mensaje tal como quedó demostrado en la reciente campaña de «Salud Mental sin Prejuicios» (§ 8).

El profesional de salud mental parece indicar que la aprobación del proyecto de ley, así como la campaña «Salud Mental sin Prejuicios» (Acuña, 2017, § 8), no va en detrimento de la desestigmatización.

Al dirigimos al punto de la plataforma de la CNLSM (Universidad de la República, 2016) referido a este tema, se menciona la necesidad de «Promover políticas activas de educación, comunicación y cultura que

promuevan procesos de desestigmatización y despatologización» («plataforma de la», § 1). En este punto habría un intento por desestigmatizar por parte de CNLSM y, en Acuña (2017), una «lucha contra el estigma», no vemos que existan diferencias significativas si nos remitimos a ambas expresiones. No obstante, sí habría diferencias sobre la posibilidad de que el proyecto de ley permita no estigmatizar a los usuarios de los servicios de atención en salud mental. Según Acuña (2017), el proyecto de salud mental contemplaría la lucha contra el estigma, a diferencia de la otra perspectiva que cuestiona el proyecto (CNLSM en Udelar, 2016).

En el último punto referido a las internaciones involuntarias, a diferencia de lo que propone la CNLSM, se cuenta con todas las garantías según Acuña (2017):

15) El punto «Garantías y plazos para las internaciones involuntarias» ya está considerado en el proyecto de ley. Pueden verse los arts. 29, 31 y 32, donde se detalla el deber de notificación a la Comisión de Contralor que la ley crea y de la Dirección Técnica que corresponda. La extensión de la internación más allá de los cuarenta y cinco días y las demás formalidades que deben cumplir las internaciones involuntarias, que van desde la anuencia del familiar, la posibilidad de incorporar un representante legal, la participación de dos profesionales médicos hasta la participación de juez, también se encuentran consideradas en detalle (§ 10).

La CNLSM (Udelar, 2016) plantea varios aspectos sobre este punto; «Garantías y plazos para internaciones involuntarias. Revisión de todas las terapéuticas iatrogénicas y coercitivas, como uso indiscriminado de electrochoques, medidas de sujeción y sobre medicación, entre otras» («plataforma de la», § 1). Con relación a las internaciones involuntarias y la falta de garantías, si vamos a un documento de la CNLSM dirigido a la opinión pública, tenemos lo siguiente para fundamentar este punto:

El Proyecto de Ley no contiene la protección de garantías individuales en las internaciones involuntarias y en el pasaje de las internaciones voluntarias a involuntarias. La fundamentación de valoración «de daño inminente» realizada solo por una Disciplina (medicina), pone especial énfasis en la concepción de peligrosidad no ofreciendo garantías para la protección de los derechos de las personas. Por lo tanto, manifestamos la necesidad de sustituir la valoración de daño inminente por el de riesgo inminente y cierto de vida para sí mismo o terceros asociada a la carencia de autonomía (cnlsm, 2017, § 19).

La argumentación de la CNLSM pasa a ubicar la valoración de daño inminente desde una concepción de peligrosidad como requisito para autorizar

una hospitalización involuntaria. Por otro lado, en esta valorización solo se encuentra una disciplina (la medicina). Estas diferencias entre el representante de la SPU y la CNLSM parecen no ser menores en cuanto al nuevo modelo de atención en salud mental.

Muñoz (2016c, § 6), en la noticia «Esperan rápida aprobación de Ley de Salud Mental», parafrasea al representante de la SPU ya mencionado —que hace referencia al informe del consultor de la OMS Salud Pierre Chanoit— para señalar la necesidad de la aprobación de la nueva ley de salud mental. En la noticia «Nunca fue fácil» (Muñoz, 2016d), un jerarca del MSP y psiquiatra también hace referencia al informe Chanoit. Este informe es un diagnóstico sobre las malas condiciones de los asilos en la atención de la salud mental en Uruguay en la década del sesenta.<sup>93</sup> Veremos algunos de los aportes del informe Chanoit en las citas del psiquiatra Ángel Ginés (2012) del informe, debido a que no se encuentra el informe disponible.

El informe de Pierre Chanoit sobre la salud mental en Uruguay se menciona en dos oportunidades como un acontecimiento que constituye el relato de la atención en salud mental en el Uruguay (Muñoz, 2016c y Muñoz, 2016d). Según Ginés (2012), el consultor de la OPS/OMS Chanoit, invitado por el MSP, hace un informe<sup>94</sup> en 1966 sobre la salud mental en Uruguay. Su descripción del hospital Vilardebó muestra a una estructura que difícilmente pueda llevar a cabo una atención terapéutica. Esta presenta condiciones de higiene «desfavorables, especialmente en el sótano donde la falta de luz y ventilación y la persistencia de su condición estigmatizante hacen que las condiciones de vida sean muy penosas, tanto para los pacientes como para el personal» (Ginés, 2012, p. 42). También se informa en ese documento sobre la Colonia de Asistencia Psiquiátrica, donde se mencionan condiciones que hacen posibles ciertas actividades socioterapéuticas:

El pabellón «A» tiene dos plantas y se compone de grandes salas con instalaciones para dormitorios, comedores, salas de estar. Una de ellas se utiliza para actividades socioterapéuticas y sirve a pacientes de ambos sexos, que nos pareció ser una de las pocas empresas terapéuticas organizadas (Ginés, 2012, p. 42).

También presenta deterioros similares al hospital Vilardebó en términos de infraestructura:

También visitamos un pabellón para varones que se encontraba en un estado de deterioro alarmante, los pisos de las salas se hundían, las ventanas

93 El informe de Pierre Chanoit (1966) sobre la salud mental en Uruguay no pudimos encontrarlo en la web, como tampoco en las oficinas de la OPS-OMS que están en Montevideo.

94 El informe no aparece en los archivos en OPS/OMS, ni se pudo conseguir en las oficinas de OPS/OMS en Montevideo.

están arrancadas y a veces obturadas con ladrillos; no hay ropa de cama y las instalaciones higiénicas son prácticamente inexistentes (p. 42).

Ginés (2012) toma fragmentos de los comentarios de Chanoit sobre lo que entendemos como una forma de atención en salud mental basada en la reclusión de lo incorregible:

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 (p. 42).

La reclusión del enfermo —como aquel incorregible al que se debe recluir de la vista de la población— explica la función del sistema asilar. En este sentido, el informe de Chanoit es un documento que oficia como soporte (Bazerman, 2004) para argumentar a favor de un cambio de modelo.

En «Locos con razón» (Muñoz, 2015h), el senador y médico Marcos Carámbula en el contexto de un encuentro organizado por radio Vilardevoz<sup>95</sup> en el anexo del Palacio Legislativo llamado «desembarco»,<sup>96</sup> sostiene que ha tomado «los cinco puntos de disensos» (en Muñoz, 2015h, «tiempo y forma», § 1) de la Asamblea Instituyente<sup>97</sup> (AI) en relación con el proyecto de ley con media sanción del Senado. 16) «Se abre ahora una instancia de trabajo en 30 días para darle al proyecto la articulación correspondiente: ese es el tiempo para empezar a incorporar estas consideraciones, que a mi entender son de recibo» (Carámbula en Muñoz, 2015h, «tiempo y forma», § 1). Los cinco puntos planteados por la AI a los que hace referencia el profesional de la salud mental son:

La Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna transmitió cinco diferencias que tiene con los lineamientos. Plantean que debería utilizarse la denominación «personas usuarias del servicio de atención de salud mental» en lugar «del término discriminatorio y acotado

95 «Radio Vilardevoz comenzó a funcionar en noviembre de 1997 y fruto del esfuerzo colectivo sigue funcionando hasta la fecha. El mismo se sostiene sobre tres pilares fundamentales: La Participación, la Comunicación y la Salud mental» (Vilardevoz, s. f.).

96 Hace referencia a cuando la radio Vilardevoz «aterriza fuera del hospital Vilardebó» (La Diaria, 2015) con sus fonoplateas.

97 La AI se convoca con la participación de organizaciones sociales, colectivos académicos, universitarios, trabajadores, usuarios, familiares vinculados al campo de la salud mental (Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2015).

“personas con trastornos mentales”. Piden un cronograma de cierre de estructuras asilares; respecto de las hospitalizaciones y los tratamientos, entienden que los lineamientos siguen teniendo una visión «predominantemente judicializada y médica». Solicitan que el órgano de revisión no esté dentro del MSP, que se lo dote de presupuesto, y que se incluya un artículo «que obligue a la producción de información pública» para monitorear las políticas de salud mental (Carámbula en Muñoz, 2015h, § 5).

Las diferencias con el proyecto de ley aprobado por el Senado, según la AI, coinciden con algunos de los puntos planteados por la CNLSM. Solo uno de los cinco puntos planteados por la AI —artículo que obligue a producir información pública— parece no estar entre los reclamos de la CNLSM, mientras que los cuatro restantes están en sus documentos.<sup>98</sup> Respecto a la no ubicación del órgano de revisión en el MSP, la AI y la CNLSM mencionan que el órgano de revisión y supervisión debe ser independiente y autónomo, diferente a la comisión de contralor que plantea el proyecto de ley en su artículo 40 (Acuña, 2017, § 11).

El cronograma de cierre de las estructuras asilares es un aporte que se incluyó en el proyecto que, según señalábamos antes, tuvo recepción en el ámbito parlamentario. La CNLSM también sostiene su importancia en su plataforma (Universidad de la República, 2016).

De acuerdo con la AI, cuando se aprueba el proyecto de ley en Diputados un parlamentario alude al término *trastorno mental* como estigmatizante: 5) «término “trastorno mental”, que, si bien fue eliminado en algunos artículos, continúa presente en el texto. El término es objetado por estigmatizante, reduccionista al campo de la psiquiatría...» (Núñez en Muñoz, 2017a, § 3). También la CNLSM (2017) toma al trastorno mental como término estigmatizante: «La denominación de las personas usuarias como “trastornados mentales” produce estigmatización y patologiza el sufrimiento psíquico, ubicando a la Psiquiatría como disciplina hegemónica en su tratamiento» (§ 6).

Respecto a la visión judicializada y médica sobre tratamiento y hospitalizaciones que plantea la AI (Muñoz, 2015h), el comunicado a la opinión pública de la CNLSM (2017) integra este punto.

El Proyecto de Ley no contiene la protección de garantías individuales en las internaciones involuntarias y en el pasaje de las internaciones voluntarias a involuntarias. La fundamentación de valoración «de daño inminente» realizada solo por una Disciplina (medicina), pone especial énfasis en la concepción de peligrosidad no ofreciendo garantías para la protección de los derechos de las personas (§ 19).

98 Los documentos de la CNLSM son los siguientes: *Plataforma con los 11 puntos* (Udelar, 2016) y *CNLSM Comunicado a la opinión pública* (2017).

La visión judicializada y médica que planteaba la AI —integrante de la comisión— es una de las críticas de la CNLSM.

Otra organización abocada a la salud mental es Radio Vilardevoz, que, en la noticia de Muñoz (20151), se la nombra en el parafraseo de una psicóloga que la integra cuando le pide revisiones al ministro de Salud Pública:

17) mientras se trabaja en una nueva ley se coordine con los ministerios de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente y de Desarrollo Social para que pueda hacerse efectiva la aplicación de la futura ley y se vigilen «las lógicas manicomiales» que se desarrollan en refugios, casas de salud y pensiones. El colectivo plantea «revisar la relación técnico-paciente, que muchas veces termina siendo una relación de dominación y jerárquica», advirtió Baroni («otro modelo», § 1).

*La Diaria* cita a la psicóloga e integrante de la radio Vilardevoz para mencionar la perspectiva de organizaciones sociales en relación con el cambio de modelo. Las lógicas manicomiales parecen ser un punto importante a tener en cuenta en la instauración del nuevo modelo para la psicóloga (Muñoz, 20151). En este sentido, problematizar las relaciones terapéuticas es una tarea a trabajar en este cambio de atención, en el entendido de que pueden llegar a constituirse como relaciones de dominación.

18) El grupo defiende una relación horizontal que «respete las singularidades y el derecho a la información» y evite «las prácticas que arrasen con el sujeto» como la sobremedicación y las terapias invasivas. La propuesta de Vilardevoz apunta a «fortalecer al otro», remarcó Baroni. Agregó que el modelo de salud todavía está basado en una lógica «biologicista e individual» y que «hay que generar más centros de referencia, procesos más grupales, más comunitarios, más productivos, que potencien lo que tiene el sujeto y no solamente direcciones hacia las que querés que vaya (Baroni en Muñoz, 20151, «otro modelo», § 1).

Las prácticas «que arrasen con el sujeto» (Baroni en Muñoz, 20151, «otro modelo», § 1), en sus distintas variantes como terapias invasivas, sobremedicación y relacionamiento jerárquico, parecen ser elementos sostenidos de manera sistemática por las organizaciones sociales. En este caso, Radio Vilardevoz, la AI y la CNLSM, en la que estas últimas están presentes, dan cuenta de una perspectiva crítica en relación con el proyecto de ley en salud mental. Estas críticas se dejan de lado con la aprobación de la Ley n.º 19.529, dado que la fecha de cierre de las estructuras asilares y monovalentes se incluye en ella. En relación con el uso de *trastorno mental* se relativiza la crítica porque en algunos artículos de la ley se elimina el término, así como las modificaciones en las valoraciones para una internación involuntaria. En

otros casos, las críticas se sostienen, como en lo referido a la ubicación del órgano de revisión de la atención en salud mental, dado que su ubicación se mantuvo en la órbita del MSP.

A modo de síntesis final sobre la postura integral de *La Diaria*, es destacable el seguimiento que el periódico lleva del cambio de ley, que da cuenta del cambio de abordaje en la atención en salud mental. La búsqueda sistemática de perspectivas sobre la temática por parte de profesionales de las organizaciones sociales y profesionales y de profesionales en el Parlamento hace que el cambio de abordaje en salud mental se presente en sus distintas posturas y debates por parte del periódico para sus lectores.

Con relación al cambio del modelo de atención en salud mental identificamos dos posturas, una perteneciente al discurso médico —que comulgó con la postura del Poder Ejecutivo y que, por medio del MSP, presentó un proyecto de cambio de Ley en Salud Mental— y otra al de profesionales de la salud mental de las organizaciones sociales, que criticaron aspectos de lo que sería la Ley n.º 19.529.

A continuación, veremos los discursos de los profesionales de salud mental en relación con la muerte de un paciente en la colonia Etchepare y cómo sus efectos comienzan a generar las condiciones para establecer un cambio discursivo en la atención en salud mental.

## Extinción de una jauría de perros y muerte de una persona en la colonia Etchepare: el trágico comienzo de un cambio

En la noticia «De nunca acabar» (2015), un jerarca de ASSE y psiquiatra es parafraseado en *La Diaria* por sus declaraciones a *El País*:

1) dijo a *El País* [sic] que se iba a comunicar con el Poder Judicial «para solicitar una anuencia y así poder extinguir la jauría de perros de la colonia», puesto que la Ley 18.471, de protección animal, no permite que se los mate. «Ya hubo una sentencia previa, tiempo atrás, en la que nos vamos a apoyar, que nos obliga, como institución sanitaria, a proteger a los pacientes», añadió (§ 3).

El periódico toma a *El País* como fuente para emitir lo dicho por el profesional a través del parafraseo y cita directa, mostrando, por un lado, la centralidad que tuvo la noticia sobre la muerte del paciente para *El País*<sup>99</sup> y, por otro lado, que las noticias de ese tipo —muerte, violencia— no son de gran interés para *La Diaria*. Esta acción adoptada por el periódico puede verse como un gesto de reconocimiento hacia otro diario, que obtuvo la primicia sobre lo sucedido, en tanto es necesario citarlo. También se lo puede entender, sin embargo, como un intento de *La Diaria* de distanciarse de estas noticias trágicas al adjudicárselas a otro periódico.

Con relación a la muerte del paciente en colonia Etchepare, el periódico toma la voz de las personas asociadas a la administración pública, que también son médicos. Esto es una característica del sistema de salud en Uruguay tal como veíamos en el capítulo anterior. Sin embargo, las palabras de médicos y psiquiatras en *La Diaria* no hacen énfasis en juzgar el hecho acontecido, sino en pensarlo en relación con un cambio posible en los servicios de atención en salud mental. En este sentido, el médico jefe Do Campo declara en *La Diaria*: 2) «se vayan construyendo herramientas para que cambie el modelo asistencial» (en Muñoz, 2015a, «las personas», § 3); 3) «un programa de egreso mucho más sostenido» (§ 4). Estos cambios en el modelo de asistencia, con un programa de egreso sostenido en el tiempo en los que lo extramuros (fuera de los asilos) pasa a tener un lugar fundamental en el proceso de atención en salud mental, comienza a ser una perspectiva que circulará en el periódico.

Porciúncula manifiesta que la muerte del paciente puede ser una posibilidad para generar cambios: 4) «Que estas muertes no resulten en vano, que nos den la fuerza necesaria para generar más cambios» (Muñoz, 2015j, «hacia alternativas», § 5); 5) «Esta es la oportunidad de hacer un cambio radical; que

99 Tema analizado en el capítulo precedente.

no haya muerto en vano el señor que lamentablemente los perros mordieron, que sirva para decir un antes y un después» (en Muñoz, 2015j, § 1).

La muerte del paciente mordido por perros marca el inicio de lo que profesionales de salud mental y autoridades llaman *cambio en salud mental*. Por lo tanto, el cambio en salud mental queda asociado a este trágico hecho sucedido en un servicio de atención en salud mental. La muerte aparece como una condición de posibilidad para algunos de los actores implicados, aunque también se relativiza la connotación trágica de esta, dado que forma parte del funcionamiento de las colonias.

En relación con las declaraciones de la jueza sobre la vulneración de derechos a la que estaban expuestos los pacientes en las colonias, Do Campo sostiene:

6) «Yo tengo una percepción de la cosa, pero nosotros vamos a hacer caso a lo que la señora jueza solicite. Vamos a realojarlos en alguna otra parte de las colonias». Reconoció que «hay cosas por hacer», pero expresó que depende del momento en que se mire: «De mañana es una cosa, de tarde es otra y de noche es otra, desde todo punto de vista; y a veces pasa que, durante la higiene de los pisos, por ejemplo, en un lugar donde viven 40 personas —enfermos mentales— podés encontrarte con cosas, pero esa es la vida de las colonias» (en Muñoz, 2015a, «las personas», § 2).

La naturalización y relativización de las condiciones en las que están los pacientes en las colonias Etchepare y Santín C. Rossi entran en puja con Granese, la jueza encargada del caso de la muerte de una persona en Etchepare. Ella afirma que los pacientes en las colonias se encuentran: 7) «en situación de riesgo físico, mental y carentes de una protección integral de su salud física y absolutamente vulnerados en sus derechos» (en «Hay lugar», 2015, § 1).

La controversia entre un discurso jurídico que afirma la vulnerabilidad de los derechos humanos en las colonias y un discurso médico —que en algunos de sus textos plantea diferencias con el discurso jurídico— se identifica por la negación utilizada por Soto sobre la situación de los pacientes en las colonias. El médico y jerarca de ASSE sostiene ante el discurso jurídico: 8) «No creo que se haya incurrido en violación a los derechos humanos; los pacientes habitan, conviven, están en contacto con la naturaleza» (Muñoz, 2015a, «las personas», § 1). Según el jerarca de ASSE y médico y el psiquiatra y director de las colonias, vemos que hay un supuesto que se afianza: la muerte del paciente en la colonia Etchepare es algo constitutivo al régimen de atención, sea como un hecho que forma parte de la vida de las colonias o parte de la convivencia de los pacientes con la naturaleza.

En Muñoz (2015d), las soluciones que el director de salud mental de ASSE plantea a *La Diaria* sobre la situación de pacientes en las colonias

vienen por el lado de generar nuevos espacios por donde deben circular los pacientes, como el caso de los pabellones 29 y 30 de la colonia Etchepare. *La Diaria* parafrasea y cita de forma directa a Porciúncula al respecto:

9) En cuanto al traslado de pacientes, confirmó que los pabellones 29 y 30 «están absolutamente vacíos». Las 57 personas que los habitaban fueron trasladadas a la Unidad Médico Quirúrgica, conocida como «hospitalito», que ya no realiza actos quirúrgicos, pero sí brinda atención médica y de urgencia a la población de las colonias y de los alrededores (en Muñoz, 2015d, § 3).

El realojo de los pacientes establece una vía de circulación por la que se trasladan pacientes de un lugar a otro. La racionalidad de la gestión, en este caso, parte de que en un lugar no pueden estar, debido al fallo de la magistrada del caso, y establece otro elemento que empieza a tener importancia como el «hospitalito» (Muñoz, 2015d, § 3). Por eso, estamos ante una lógica que no se apoya en una posición disciplinaria que vigila, controla y corrige, propia del dispositivo disciplinar, sino que estamos ante una lógica que funciona sobre hechos que suceden naturalmente y pone a jugar otros elementos en cuestión. Esta lógica es propia del dispositivo de seguridad según Foucault (2006). La función de la seguridad al decir de Foucault (2017) concibe hechos como necesarios e inevitables y opera a partir de eso. En este caso, abre nuevos espacios de circulación, como el hospitalito, que tienen como fin evitar la aglomeración de los pacientes junto con los perros. En la noticia «Otro destino» (Muñoz, 2015j), Porciúncula plantea esta orientación: 10) «hay que evitar que los pacientes estén como en los pabellones 29 y 30» (en Muñoz, 2015j, «hacia alternativas», § 5).

Otro de los elementos que hacen al dispositivo de seguridad es pensar con el soporte de la estadística y establecer parámetros de normalidades a alcanzar. Tal es el caso cuando el director de salud mental de ASSE parafraseado por *La Diaria* dice:

11) «hay que evitar que los pacientes estén como en los pabellones 29 y 30» y confesó que «más allá de la situación agotadora» de los plazos judiciales, esto significa una oportunidad para terminar «con ese 30 %, 28 % que todavía no tenía las condiciones adecuadas» (Porciúncula en Muñoz, 2015j, «hacia alternativas», § 5).

El dato estadístico permite hacer estimaciones para configurar una normalización. En este caso, hay un desvío entre el 30 % y 28 % de la curva de normalidad en relación con los pacientes con condiciones adecuadas.

Identificamos cómo, por un lado, a partir del hecho trágico de la colonia Etchepare, se comienza a instalar en el discurso profesional la posibilidad de

un cambio de atención en salud mental. Este discurso de cambio parte de una racionalidad que hace énfasis en la circulación de los pacientes en las colonias para anular aglomeraciones que terminen generando situaciones violentas entre pacientes y perros, así como condiciones de hacinamiento en los servicios de salud mental. Un dispositivo de seguridad comienza a constituirse con un enfoque a la circulación como una de sus orientaciones más firmes. Una anhelada circulación que será modelo de una forma de pensar la libertad estará presente en el horizonte que estimula algunos discursos del cambio de atención en salud mental.

En el próximo apartado veremos cómo una forma de libertad comienza a instalarse como constitutiva de este cambio de atención en salud mental.

## Estamos condenados a pensar en términos de libertad<sup>100</sup>

En las páginas de *La Diaria* (Muñoz, 2015e), se citan las siguientes expresiones de Porciúncula en relación con el cambio de modelo en salud mental: 1) «apoyar el cambio de modelo en el camino de la deshospitalización, la desinstitucionalización y la desmanicomialización» (en Muñoz, 2015e, § 1). El prefijo *des-* plantea un cambio en el sentido de anular, sacar, terminar con la hospitalización, institucionalización y manicomialización, por lo que se trata de un isomorfismo en relación con estos tres ítems léxicos que constituyen la forma de cambio del modelo de atención en salud mental. A los días de estas expresiones desde ASSE se reafirma una idea de cambio, pero bajo la opción léxica valorativa *superación*: 2) «Vamos hacia la superación progresiva del estado asilar», al que definió como “la pérdida de libertad en la toma de decisiones”, básicas como qué comer, qué programa mirar o cómo vestirse» (Porciúncula en Muñoz, 2015f, § 2). La libertad que aparece en el discurso del director de ASSE publicado por *La Diaria* se presenta en términos de recuperar la autonomía de las personas en los servicios de salud.

Lo expresado en relación con algunos pacientes de las colonias en «situación de prealta» (Porciúncula en Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 2) concibe a la libertad, además de bajo el registro de la autonomía, bajo la idea de una libertad en un registro más institucional. Se utiliza otra vez una opción léxica valorativa como *adecuada* para promover el cambio desde el discurso: 3) «si logramos darles la instrumentación adecuada para que se puedan manejar autoválidamente, pueden salir de las colonias» (Porciúncula en Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 2).

Se menciona la necesidad de generar una instrumentación adecuada para que las personas puedan ser autónomas. Por lo tanto, hay otro registro de la libertad que no solo refiere al de la autonomía. La libertad como problema ha sido abordada desde la filosofía, en su mayoría, y desde distintas perspectivas. Nos basamos en el trabajo de Honneth (2014) que, tomando la clásica clasificación de Isaiah Berlin (1988), establece tres formas de concebir la libertad. En los comentarios mencionados antes observamos que hay diferentes tipos de libertad presupuestos sobre el modelo de salud mental. Estas serán explicitadas a continuación, con el fin de identificar cómo los distintos registros<sup>101</sup> de libertad parecen suponerse al momento de marcar la necesidad de un cambio en salud mental por parte de los profesionales. Según Honneth (2014), la libertad negativa es aquella que significa «ausencia de oposición

100 Título que surge de intervenir la frase de Sartre (1946): «l'homme est condamné à être libre» [el hombre está condenado a ser libre] (p. 37).

101 Tanto Honneth (2014) como Berlin (1988) no mencionan el término *registro* al plantear las concepciones de *libertad*. Nosotros decidimos utilizarlo porque funciona mejor con la idea que queremos sostener, dado que planteamos los énfasis por parte de los profesionales en distintas libertades, sin que necesariamente se excluyan.

(por oposición significa impedimentos externos al movimiento)» (p. 36). La libertad, concebida en este registro, supone que cada persona es un «ser atómico que no posee más intereses que el de actuar sin restricciones, según sus propias preferencias circunstanciales» (Honneth, 2014, p. 42). Esta, tal como expresa Cecilia Coronado (2018), es una libertad de ausencia de obstáculos, no importa el contenido ni las motivaciones de las acciones, sino el acto puro de hacer sin que me interrumpan.

Marx (2014a) sostiene que «la libertad es, por tanto, el derecho de hacer y emprender todo lo que no dañe a otro» (p. 45) mediante el análisis del artículo 6 de la constitución de 1793. Es una libertad que define al hombre como «mónada aislada» y «replegada sobre sí misma» (p. 41). Esta forma de concebir la libertad según el discurso de los profesionales en salud mental no parecería ser la que está en juego cuando se plantea la superación del modelo de atención, dado que se afirma la toma de decisiones como fundamental. No obstante, sí es una libertad presente la libertad negativa cuando se afirma la peligrosidad de los pacientes judiciales y la necesidad del hospital penitenciario.<sup>102</sup> Si tomamos el discurso profesional que plantea la necesidad de cambiar el modelo asilar, su orientación se basa en un registro de la libertad en términos positivos —recuperación de autonomía—: 2) «Vamos hacia la superación progresiva del estado asilar», al que definió como “la pérdida de libertad en la toma de decisiones”, básicas como qué comer, qué programa mirar o cómo vestirse» (Porciúncula en Muñoz, 2015f, § 2).

Desde la perspectiva de la toma de decisiones, la libertad se concibe en términos de autonomía, también llamada libertad positiva o reflexiva. La libertad en términos de autonomía refiere a la «capacidad de los hombres de tomar sus propias decisiones por el influjo de su voluntad; esto es, de autodeterminarse» (Coronado, 2018, p. 152).

Como señala Honneth (2014), esta idea, además de integrar la no intervención —propia de la libertad negativa—, posee un aspecto de toma de decisión racional: «el sujeto humano debe considerarse “libre” debido a que y en la medida en que tiene no solo la capacidad de darse a sí mismo leyes para actuar, sino también la de operar según ellas» (p. 51). La posibilidad de darnos las pautas para conducirnos en la vida implica, en ese sentido, además de la posibilidad de autodefinir fines, la posibilidad de poder lograrlos. Sin embargo, la libertad reflexiva que se tiene en cuenta para concebir la toma de decisiones parecería, tal como lo sostiene el autor, no alcanzar para que lo propuesto o definido pase de la posibilidad al acto. Con relación a la libertad reflexiva, argumenta: que «por más que logre limitarse en su acción solo a objetivos establecidos por sí mismos, la realizabilidad de los mismos sigue siendo incierta en la realidad objetiva» (p. 67). El modelo de recuperación

---

102 *Tema que veremos en* «Los derechos humanos: ¿Una forma de armonizar derecho internacional y derecho interno?».

sostenido por los psiquiatras parece sostenerse en una libertad reflexiva y, al igual que Honneth (2014), creemos necesario dudar que sus objetivos sean realizables.

En Muñoz (2015j) una psiquiatra de la Universidad de la República sostiene la importancia del paradigma de recuperación en el nuevo modelo de atención: 4) «avanzar hacia un modelo comunitario de atención y profundizar lo que hay, sustentarlo en un paradigma de recuperación, avanzar en la creación de nuevas estructuras alternativas y en el cierre de las estructuras asilares mediante un proceso progresivo» (Romano en Muñoz, 2015j, «otro modelo», § 4).

Los vientos que soplan a favor del modelo de recuperación en salud mental son algo mundial, según Porciúncula: 5) «en el mundo se habla del modelo de recuperación, del paciente siendo partícipe de decisiones de su vida» (en Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 2).

El modelo de recuperación consiste en un paciente que participa en sus decisiones de vida. Esta idea de recuperación coloca a los profesionales en una posición de generar condiciones para el ejercicio de la libertad por parte de los pacientes. La relación entre profesional y paciente se basaría en establecer las condiciones para el ejercicio de la libertad, en el sentido de que los pacientes pueden decidir sobre sus vidas. Todavía nos parece importante señalar que la decisión que puedan tomar los pacientes en el marco de la relación terapéutica no implica que esta sea efectivamente realizable.

El modelo de recuperación, según Domingo Díaz del Peral (2017),<sup>103</sup> se relaciona con la problemática del estigma en los pacientes de salud mental. Esto involucra desde las formas en que se presenta el estigma o los efectos de este para las personas hasta las leyes que versan sobre la anulación de la vida pública de las personas estigmatizadas. «La persona que tiene una enfermedad mental grave al final está excluida socialmente. Y el estigma se transforma necesariamente en una restricción de derechos» (Díaz del Peral, 2017, p. 128). En este sentido, vemos cómo la pérdida de derechos parecería central en la situación de las personas con problemas mentales. Esta situación amerita que se la conciba desde una óptica amplia de libertad o desde la idea de libertad social (Honneth, 2014). Según Coronado (2018),

La esencia de la libertad social, entonces, apunta al hecho de que los individuos no pueden experimentarse enteramente libres si no encuentran en otra subjetividad las condiciones para una realización de los objetivos que se han determinado ellos mismos (Honneth, 2014: 70). El contexto institucional es un componente nuclear de la libertad pues, sin ellas, los individuos no podrían saber de su dependencia mutua (Honneth, 2014: 65 y 73) (p. 156).

---

103 Profesional español de referencia para la SPU.

Si bien la propuesta del modelo de recuperación parece ubicarse en términos amplios y adoptar implícitamente una idea de libertad que trasciende la posibilidad que tienen las personas de elegir (libertad positiva), al profundizar en el planteo de Díaz del Peral (2017) vemos que esto no sucede:

Por tanto, desde el punto de vista del estigma, las personas con enfermedad mental tienen dos opciones: asumir los estereotipos, se los creen, y eso hace que pierdan autoestima, autoeficacia, esperanza y disminuyen sus posibilidades de recuperación y se colocan en el autoestigma; o que no acepten estos estereotipos y con indiferencia o con indignación se coloquen en una situación en que pueden recuperarse (Díaz del Peral, 2017, p. 131).

Entonces, el autor sostiene que hay dos opciones: la de asumir los estereotipos o la del barco de la recuperación. Esta última plantea la recuperación en tanto «considerar al paciente como alguien que va a pelear por llevar una vida propia. Y él es el responsable de ir tomando esas decisiones» (Díaz del Peral, 2017, p. 134).

La libertad asimilada al tomar decisiones es fundamental en el modelo de recuperación: «Debe tomar decisiones; si no puede tomar decisiones no se va a recuperar. Y además esa decisión no puede ser cualquier decisión» (Díaz del Peral, 2017, p. 138). La decisión es un factor esencial, en este sentido, pero bajo el supuesto de una libertad en términos positivos. Esta libertad, a pesar de que reconoce la capacidad de decisión de la persona, aspecto que marca un quiebre con la lógica de las instituciones totales,<sup>104</sup> no contempla las oportunidades que hacen posible llevar a cabo lo decidido. Díaz del Peral (2017) no percibe que algunos aspectos de índole social o institucional que permitan ir más allá del decidir sean fundamentales:

Las formas clásicas de actuar contra el estigma las conocéis: la movilización y la protesta social, la información y la educación, el contacto y la interacción. Está bien, pero no tenemos una evidencia de que los resultados sean muy buenos (p. 131).

Ante lo ya mencionado, su consigna es clara: «es decir, tú decides» (p. 138).

Andreoli (2004), a partir de los aportes de Ernst Tugendhat (1998), simplifica con un ejemplo práctico los efectos de pensar la libertad desde un registro solo negativo o positivo. En nuestro caso, lo adaptaremos a los problemas que nos origina pensar el cambio de modelo en salud mental con el fin de la libertad de los pacientes en términos de no intervención o autonomía.

---

104 En este tipo de instituciones toda la vida del paciente queda diagramada en función de la administración del establecimiento, sin participación de las personas como constructoras de su cotidianidad.

Según Andreoli (2004), «conviene distinguir, al considerar las posibilidades de realizar los objetivos de las acciones» (p. 2) la elección, la capacidad y la oportunidad. «Tomemos como ejemplo, trasladarse caminando a un punto. Si hay una coacción irresistible que nos fuerza a dirigirnos a un destino dado, no hay elección» (p. 2), por lo tanto, está afectada nuestra libertad en términos negativos principalmente. La libertad como no intervención pasa a intervenir. Otra situación es «si se está paralizado, impedido de movernos, se carece de la capacidad» (p. 2), en este sentido está afectada nuestra libertad positiva, la de poder hacer, tener la facultad de decidir sobre algo. En esta última se hace énfasis en este modelo de recuperación, es la que se debe recuperar, de acuerdo con Díaz del Peral (2017).

En cambio, hay un tercer factor que, a nuestro entender, hace referencia a la libertad en términos sociales: la oportunidad. Identificamos que, «si un destino está bloqueado por un alud, se trata de falta de oportunidad» (Andreoli, 2004, p. 2). El modelo de recuperación todavía carece de un enfoque capaz de contemplar determinadas situaciones que escapan de la capacidad de decidir, como las que involucran las condiciones reales que hacen viable llevar a cabo lo decidido. Algunas de estas se pueden identificar en la carencia de un contexto institucional adecuado, expresado en la falta de políticas de vivienda y en el empleo a personas con problemas de salud mental.

En el siguiente apartado veremos cómo el uso del discurso del derecho por los profesionales de la salud mental busca señalar la responsabilidad del Estado y sus instituciones al generar un sistema de atención en salud mental que armonice en términos de derechos humanos con los estándares internacionales.

## Los derechos humanos: ¿Una forma de armonizar derecho internacional y derecho interno?

En la noticia «Hay lugar» (2015), la jueza encargada del caso de la muerte de una persona en la colonia Etchepare dice lo siguiente sobre las condiciones de vida de los residentes en la institución: 1) «en situación de riesgo físico, mental y carentes de una protección integral de su salud física y absolutamente vulnerados en sus derechos humanos» (Granese en «Hay lugar», 2015, § 1). La vulneración de los derechos humanos en la colonia Etchepare, además de ser fundamental para que se instalara la propuesta de cambio del modelo de atención a través de una ley, es un tema presente en este proceso de cambio.

El psiquiatra Acuña sostiene la vulneración de los derechos a pacientes como algo característico de los últimos cincuenta años en Uruguay, que con la nueva ley esto cambiaría: 2) «50 años de fracasos y violaciones de derechos de muchos pacientes [...]. Esa realidad parece que va a cambiar» (Muñoz, 2016c, § 6). Estos hechos de fracasos y violaciones de derechos en el marco de un determinado modelo de atención son algunas de las razones que dan lugar a los pedidos de la oms a las autoridades uruguayas. El cierre de los manicomios es uno de estos cambios que garantizarían derechos según Baroni, psicóloga: 3) «la Organización Mundial de la Salud les pidió a todos los países que en 2020 no haya más asilos ni manicomios» (Muñoz, 20151, § 5).

Otra psicóloga, Mónica Giordano, le dice a *La Diaria* que el modelo de atención es necesario cambiarlo, debido a la violencia institucional ejercida sobre los distintos actores allí involucrados: 4) «la violencia institucional cae sobre todos, no solamente sobre los usuarios; los trabajadores tienen derecho a trabajar en dispositivos que estén realmente adecuados y que puedan brindarles formación, capacitación y cuidado» (en Muñoz, 2016a, § 10).

El sistema de atención sostenido en la figura del asilo genera una lógica de violencia que es proclive a la vulneración de los derechos humanos según profesionales de salud mental y la oms. Esto parece explicar la necesidad de las autoridades del MSP de plantear un cambio de atención en salud mental desde una perspectiva de derechos humanos.

*La Diaria* parafrasea a Montalbán, psiquiatra y responsable del programa de salud mental del MSP, al referirse a la nueva ley de salud mental y a cómo esta se constituirá dentro de una perspectiva de derechos humanos:

5) aseguró que la nueva ley se enmarca en una perspectiva de derechos humanos y que se plantea un modelo de abordaje en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la intersectorialidad, en el que «la salud mental es inseparable de la salud general» (en Muñoz, 2015k, § 5).

También se parafrasea a un funcionario del MSP, quien menciona la integración de distintos derechos —civiles, sociales, económicos— como constitutivos de la atención en salud mental, aspecto a destacar en el proyecto de ley:

6) integralidad es contemplar no solo el derecho a la salud, sino también los derechos civiles, sociales y económicos de las personas, así como las facetas necesarias para la reinserción: el acceso al trabajo, la vivienda, la educación y la cultura, enumeró (Montalbán en Muñoz, 2015k, § 5).

Las intenciones de tener un sistema de atención en salud mental desde una perspectiva de derechos humanos se expresan en la integración de la Comisión de Derechos Humanos del Parlamento en el estudio del proyecto de ley: 7) «Para la discusión del proyecto se integrarán las comisiones de Salud, Derechos Humanos y Población y Desarrollo» (Gallo en Muñoz, 2015h, «tiempo y forma», § 3).

Los derechos humanos, según la *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Nickel, 2021) «son normas que ayudan a proteger a todas las personas en todo el mundo de graves abusos políticos, legales y sociales».<sup>105</sup> Se basan, sobre todo, en derechos de «reclamación que imponen deberes o responsabilidades a destinatarios o garantes»<sup>106</sup> (Nickel, 2021). En lo que hace a la atención en salud mental y a la necesidad de incluir una perspectiva de derechos humanos, son demandas principalmente hacia el derecho interno uruguayo expresado en nuestra constitución.

Lo manifestado por la jueza sobre la situación de vulnerabilidad de las personas residentes en las colonias da cuenta del incumplimiento de los artículos 7, 44, 46 y 72 de la Constitución. El artículo 7 refiere al derecho de todos los habitantes de la República a ser protegidos en «el goce de su vida»; los artículos 44 y 46 establecen al Estado como regulador de las cuestiones que hacen a la salud «procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país» (art. 44) y lo ponen en la obligación de dar asilo a los «carentes de recursos suficientes» (art. 46); en el artículo 72 se afirman los derechos «inherentes a la personalidad humana». La jueza Granese es categórica al emitir el juicio sobre la vulneración de los derechos humanos en la colonia Etchepare, que están garantizados en el texto constitucional, pero vulnerados en los hechos: 1) «... riesgo físico, mental y carentes de una protección integral de su salud física y absolutamente vulnerados en sus derechos humanos» («Hay lugar», 2015, § 1).

Giordano, al aprobarse el proyecto de ley por parte de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social en Diputados, objeta la falta de integración

105 En el original se lee: «are norms that help to protect all people everywhere from severe political, legal, and social abuses».

106 En el original se lee: «claim rights that impose duties or responsibilities on their addressees or dutybearers».

de estándares internacionales en la posible ley: 8) «No conforma esta falta de escucha hacia un montón de reclamos de organizaciones sociales, de organismos internacionales y de la INDDHH. Enoja la imposibilidad de pensar una salud mental y hacer un cambio radical en el modelo de atención» (Giordano en «Proyecto de ley», 2017, § 3). En cuanto a la no integración de recomendaciones internacionales, la psicóloga parafraseada por *La Diaria* plantea lo siguiente: 9) «Insistió en que “trastorno mental” estigmatiza y recordó que Uruguay ha sido observado por organismos internacionales por usar términos peyorativos» (Giordano en «Proyecto de ley», 2017, § 2).

Lo planteado por los organismos internacionales en la materia ha sido una fuente de argumentación importante por parte de las organizaciones sociales y el discurso profesional. Las objeciones de la psicóloga concuerdan con las planteadas por la CNLSM y también con lo mencionado en un texto del día 2 de junio de 2017 del representante regional para América del Sur de la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). Este texto, enviado a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social y la Cámara de Diputados (Muñoz, 2017a), señala algunos puntos que parecen estar en concordancia con el discurso de la psicóloga y las organizaciones que forman parte de la CNLSM.

El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) (2017) reconoce la importancia del cambio de legislación en salud mental por parte del Estado uruguayo como

una oportunidad para integrar los estándares internacionales y las recomendaciones que los mecanismos de protección de los derechos humanos han realizado a la República del Uruguay. Asimismo, esta revisión forma parte de las recomendaciones recibidas por Uruguay en diversas instancias de comparecencia ante los órganos de vigilancia de los tratados (p. 1).

Teniendo en cuenta las recomendaciones que organismos de derechos humanos le hacen al Estado uruguayo,<sup>107</sup> el representante de la OACNUDH (ACNUDH, 2017) plantea a los legisladores uruguayos que el proyecto de ley «no consigue incorporar cabalmente los estándares internacionales» (p. 3).

Los cuatro puntos criticados marcarían los desequilibrios que tendría el proyecto de ley en relación con la legislación internacional en la materia. En primer lugar, se critica que, incluso al prohibir el uso de «terminología peyorativa en materia de salud mental» (ACNUDH, 2017, p. 4), el término *trastorno mental* cumpliría con esta condición peyorativa. En segundo lugar, la carencia en el proyecto de un abordaje interdisciplinar en «sus diferentes

107 Recomendaciones del Comité sobre las Personas con Discapacidad a Uruguay (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CRPD], 2016, § 26); la Convención de Viena sobre el Derecho de los tratados de 1969 (Uruguay, 1991); Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Uruguay, 2008a), entre otros.

momentos del proceso de atención» (p. 4). Esto es un punto de disputa entre profesionales de salud mental, que refiere a las competencias profesionales. En tercer lugar, la ubicación del órgano de contralor de las prácticas de atención en salud mental. Este debería ser una estructura independiente y autónoma del Poder Ejecutivo, según el ACNUDH (2017), y no establecerse en el MSP, como propone el proyecto de ley.<sup>108</sup> Por último, la admisión de la internación involuntaria y «sustitución de la voluntad de la persona afectada por terceras personas» estarían en contradicción con «los artículos 12 y 14 de la Convención» (p. 5).<sup>109</sup>

Un psicólogo y parlamentario dice a *La Diaria* (Muñoz, 2016f) después de la muerte de una usuaria del hospital Vilardebó sobre la ubicación del órgano de contralor en la atención en salud mental:

10) Es una muestra más de que el órgano de revisión debe ser independiente. Se necesita a veces una mirada desde el exterior a la problemática, que no naturalice funcionamientos, sino que busque cambiar todas las cosas que le hacen mal al sistema (Núñez en Muñoz, 2016f, «errores varios», § 3).

A más de un año de estas declaraciones, el mismo diputado decía a *La Diaria*:

11) el órgano revisor necesariamente tendrá que ser independiente y autónomo, como lo establece la Organización Mundial de la Salud, que realizó una investigación sobre todos aquellos procesos de países que hicieron transformaciones en la legislación de salud mental y concluyó que lo mejor para garantizar los derechos de los usuarios es que esos órganos estén por fuera de la órbita política (Núñez en Muñoz, 2017c, § 4).

Este pedido del parlamentario, al igual que la CNLSM y el ACNUDH (2017), permite identificar la dificultad de integrar elementos del derecho internacional a la legislación nacional en materia de derechos humanos y salud mental. Según Quiroga León (2005) ante la insuficiencia por parte del derecho interno de dar garantías en la defensa de los derechos humanos y «la pretendida asunción de algunos órganos o poderes estatales en algunos países respecto a lo que se debería entender como “derecho fundamental”» (p. 248), se buscó que los Estados tomaran como «necesario la implementación de un sistema supranacional que sea efectivo y vinculante en la protección de los derechos fundamentales» (p. 248).

---

108 En el artículo 39 se plantea: «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» (Poder Legislativo, 2015).

109 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008a).

El Ielsur (2006) le recomienda al Estado uruguayo «sobre la ejecutabilidad e incorporación de las disposiciones de derechos humanos al derecho interno» (p. 40), acciones legislativas en dos sentidos:

Reforma de la Constitución. [sic] Ello supone incluir una disposición que incorpore el denominado «bloque de constitucionalidad», confiriendo rango constitucional a los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Uruguay, sin que la redacción contenga una enumeración taxativa. Esa disposición podría incorporarse agregando un inciso al art. 72 de la Constitución (p. 40).

Agregar un inciso en el artículo 72 de la Constitución implicaría una reforma constitucional que, por lo general, tardan en completarse, según el Ielsur (2006). Por lo tanto, se plantea como segunda opción a seguir la sanción de una ley interpretativa:

En uso de la potestad que le confiere a la Asamblea General el art. 85 numeral 20 de la Constitución, se recomienda la sanción de una ley interpretativa del art. 72 del texto constitucional. En ella debe consagrarse expresamente que los derechos reconocidos en los tratados de derechos humanos forman parte de aquellos «inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno» (p. 41).

Esto implicaría que todos los tratados internacionales que ratifique el Estado uruguayo en términos de derechos humanos queden reconocidos en el artículo 72 de la Constitución como «inherentes a la personalidad humana» o derivada de la «forma republicana de gobierno» (Uruguay, 1967, p. 24).

Además, en la sección de recomendaciones sobre salud y enfermedad mental, el Ielsur (2006) plantea la necesidad de sustituir la Ley n.º 9.581 (Uruguay, 1936), pero sorprende al plantear el término *trastorno mental* como objeto de la intervención: «Se debe sustituir la vieja Ley 9.581 de 1936 por una nueva ley de “Salud mental y atención a las personas con trastorno mental”» (p. 70). Podríamos ver el uso de esta terminología como algo propio de la fecha del documento (año 2006), que fue objeto de modificación en los próximos años tal como muestran las objeciones al término *trastorno mental* por parte de la CNLSM, comisión que integra el Ielsur.<sup>110</sup> El Alto Comisionado (2017) también plantea esta crítica. Según el Ielsur (2006), los órdenes jurídicos deben estar al servicio de los derechos humanos. Los poderes públicos del Estado deben aplicar la «máxima expresión normativa de los derechos humanos» (p. 77), lo que implica la armonización del derecho interno con

---

110 Ver la nota al pie 71 para identificar organizaciones que integran CNLSM.

los instrumentos internacionales<sup>111</sup> de protección de los derechos humanos. El problema de la integración y la jerarquía de los elementos de la comunidad internacional en la protección de los derechos dentro del ordenamiento jurídico del Estado uruguayo abre una discusión<sup>112</sup> que no llegó a expresarse en el discurso profesional de la salud mental, aunque si la tensión entre la legislación nacional uruguaya —derecho interno— y los estándares internacionales —derecho internacional—, tal como mostramos antes. En el caso de la nueva ley de salud mental, que propone un cambio en la atención desde una perspectiva de derechos, implicaría una armonización con los tratados y convenciones en materia de derechos humanos ratificadas por el Estado Uruguayo. Esto parece de difícil aplicación según las palabras de Giordano en el contexto de la aprobación de la ley: 12) «evaluó que los diputados “hicieron un maquillaje” al sacar el término “trastorno mental” solo en algunos artículos» («Proyecto de ley», 2017, § 2); 13) «Tenemos un sistema político absolutamente demagogo que plantea que esta ley es absolutamente perfecta, que tiene muchas mejoras para hacer y uno se pregunta ¿por qué no las hacen si este es el momento? ¿Qué esperan?» (Muñoz, 2017a, § 7).

La inconformidad de la psicóloga que representa un discurso crítico en relación con el proyecto de ley califica la acción de parlamentarios como insuficiente y en el orden de la apariencia. El proyecto de salud mental no representara cambios reales, sino insinuaciones producto de un sistema político demagógico. Esta visión no es la única respecto del proyecto de ley, sino que el psiquiatra Sibils plantea a *La Diaria*: 14) «La SPU considera que “en términos generales el proyecto es bueno, sólido, flexible y permitiría avanzar”» («A medio camino», 2016, § 5).

Podemos decir que hay dos perspectivas diferentes en relación con la ley de salud mental, que implica diferencias en la atención. Los dos discursos que presentan diferencias en torno a la ley de salud mental son el discurso médico representado por la SPU como autoridad institucional y el discurso desde la psicología que se expresa en las organizaciones sociales representadas en la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental.

Tanto diputados como senadores de diferentes sectores políticos siembran un manto de incertidumbre sobre la posibilidad de la ley para generar un cambio de atención desde una perspectiva de derechos. El senador y médico Javier García dice, en el contexto de aprobación del proyecto de

---

111 La adecuación del derecho nacional al internacional para el Ielsur (2006) no debe tomar solo como referencia a los mecanismos internacionales de derecho, sino también a «la costumbre internacional, los principios generales del derecho, la jurisprudencia y la doctrina de los publicistas (*soft law*)» (pp. 77-78).

112 Sobre las formas de incorporación de fuentes del derecho internacional en el derecho interno (Gómez Pérez, 2001) no entramos en detalle, debido a que no forma explícitamente parte del debate sobre la nueva ley de salud mental y trasciende los intereses de la investigación.

ley: 15) «esta ley sin recursos no se puede aplicar» porque “la formación y capacitación que implica el proyecto, el diseño de un plan de salud mental, las redes territoriales, los dispositivos residenciales con apoyo y la red pública requieren recursos”» (en «Senado aprobó», 2017, § 5).

La variable de los recursos para que la ley se aplique, como se menciona en el Senado, se debe considerar desde el punto de vista procedimental. Aunque desde el punto de vista de los contenidos también existen carencias para que la ley contemple y se aplique desde una perspectiva de derechos humanos, tal como se plantea en cámara de Diputados.

16) «los elementos que faltan», que, tal como recordó, han sido señalados como una carencia por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) y por las 54 organizaciones que integran la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos (CNLSM). «No se han respetado en su totalidad los estándares en cuanto a las denominaciones» (Núñez en Muñoz, 2017a, § 3)

17) «Otro punto que cuestionó es que no se logró que el órgano de contralor previsto por el proyecto sea independiente y autónomo, como recomiendan los organismos internacionales, incluyendo a la Organización Mundial de la Salud» (Núñez en Muñoz, 2017a, § 4). Los elementos faltantes que menciona el parlamentario, como lo referido a las denominaciones (trastorno mental), y la independencia y autonomía del órgano de contralor no se integraron a la ley. Esta demanda por parte de organizaciones sociales a través de profesionales de la salud mental está inspirada en ratificaciones de normativas internacionales por parte del Estado uruguayo.<sup>113</sup> Si bien estamos ante una nueva ley de salud mental y desde el derecho interno es un punto a reconocer, puede suceder una situación similar a cuando los Estados ratifican normativas internacionales. Estas no se aplican debido a que no se instrumentan «recursos adecuados, eficaces e “idóneos para proteger la situación jurídica infringida” [sic]» (Ielsur, 2006, p. 93). Las palabras de senador sobre la necesidad de recursos, desde el punto de vista procedimental, parecen algo a tener en cuenta para que la ley sea aplicable. Por último y tal como plantea un diputado (Muñoz, 2017a), parece que la perspectiva de derechos humanos

---

113 Según Ielsur (2006), «Cuando Uruguay hace suyos los contenidos de un acuerdo internacional de derechos humanos, estos quedan debidamente incorporados al orden jurídico nacional sin necesidad alguna de transformación (tesis monista). Se trata de normas con un origen supranacional, pero que, al ser suscritas, aprobadas y ratificadas por el Estado, han pasado a formar parte del derecho interno» (p. 92). En este sentido, Uruguay suscribe y ratifica por parte del poder legislativo los tratados, pactos o convenciones internacionales haciendo uso de su soberanía, lo que permite integrarla dentro del derecho interno y «derogar toda disposición transitoria de origen interno» (p. 86).

de la ley tiene algunas falencias en relación con las normativas sobre derechos humanos y salud mental en la comunidad internacional.

A modo de síntesis, se identifican dos discursos en relación con la nueva ley de salud mental que vehiculará el cambio de la atención: por una parte, un discurso médico, y, por otra, un discurso proveniente del derecho internacional sostenido por profesionales de la psicología y organizaciones sociales. El primero plantea su acuerdo con el proyecto de ley que se convertirá en la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017), mientras que el segundo señala elementos que deberían modificarse, entre los que se destaca la denominación *trastorno mental*. En el siguiente apartado veremos cómo este punto indica las relaciones de poder ejercidas en el nuevo modelo de atención en salud mental.

## La bandera del trastorno mental y el *chacrismo* disciplinario

*Trastorno mental*, en tanto término usado tanto en el proyecto de ley como en la Ley n.º 19.529, suscitó diferencias, debido a que desde el discurso profesional se lo concibió como un término que refleja los lugares disciplinarios asignados en el nuevo modelo de atención. En este sentido, analizaremos, en primer lugar, el discurso profesional sobre el término *trastorno mental*. En segundo lugar, analizaremos cómo el cuestionamiento del trastorno mental dentro del discurso de los profesionales abre el debate sobre la interdisciplinariedad y la lógica de la competencia en la atención, lógica que establece lugares y posicionamientos por parte de la psiquiatría y la psicología.

### Ley del trastorno mental

Núñez, diputado y psicólogo, hace referencia al proyecto de ley de salud mental como una ley del trastorno mental: 1) «Hoy como está [el proyecto] es una ley del trastorno mental y no de salud mental» (Muñoz, 2017c, § 2).

La objeción sobre la ley en clave de trastorno mental también fue criticada por la psicóloga Giordano en *La Diaria*, dado que, según la profesional, contradice la creación de una ley que debería versar sobre la salud mental, su multicausalidad y no sobre la enfermedad:

2) Si esto es una ley de salud mental, no puede ya ir de frente con una definición que tiene que ver con una enfermedad, sino que debería cubrir la complejidad del campo de la salud mental y su multicausalidad. Hacer énfasis en la enfermedad contradice el mismo espíritu de la ley (Muñoz, 2017d, § 2).

Esta línea crítica sobre lo que implica la concepción del trastorno mental en el contexto de la Ley de Salud Mental, es sostenida, sobre todo, por psicólogos, pero también por las organizaciones sociales nucleadas en la CNLSM (2017, § 6). Con relación a la multicausalidad de la salud mental, vemos cómo la psicóloga indica que el trastorno mental atentaría contra esta.

Desde el punto de vista epistemológico, el término *trastorno* (*disorder*) se pone en debate en los años setenta, a partir de la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (DSM III), que surge del siguiente supuesto: «Si diferentes clínicos etiquetan al mismo paciente con diferentes diagnósticos, entonces la base mínima para cualquier actividad científica —es decir, el uso de palabras técnicas para significar las mismas cosas o fenómenos— estaba en riesgo»<sup>114</sup> (Aragona, 2009, p. 2).

114 En el original se lee: «If different clinicians labelled the same patients with different diagnoses, then the minimal basis for any scientific activity (namely, the use of technical words to mean the same things/phenomena) was at risk».

Según Massimiliano Aragona (2009), Hempel<sup>115</sup> es un personaje clave para otorgar elementos filosóficos en la construcción de una nosología que sirva como criterio operativo para el diagnóstico de los trastornos. El objetivo primordial consiste en otorgar una estructura para comparar datos reunidos en diferentes *centres* y promover la comunicación entre investigadores (Aragona, 2009), aunque algunos términos como *enfermedad*, *categoría diagnóstica*, *trastorno*, *cuadro clínico*, *síndrome*, *condición psiquiátrica*<sup>116</sup> (p. 2) resultan problemáticos porque se usaban como sinónimos. Esta situación, en la que las patologías mentales se consideraban patologías médicas, cambia con el DSM III, en el que se sustituyen los términos *enfermedad (illness)* o *síndrome (syndrome)* por trastorno. En el DSM III hay un consenso entre los clínicos a postular diferentes teorías sobre la etiología de las condiciones psicopatológicas de los trastornos mentales. En este sentido, puede sostenerse que, a diferencia de lo planteado por la psicóloga, el trastorno mental integra una idea de multicausalidad en su etiología. Sin embargo, como plantea Giordano (Muñoz, 2017d), esta idea de multicausalidad no es en relación con la salud mental, sino en relación con los fenómenos patológicos.<sup>117</sup>

Postular la multicausalidad de los trastornos mentales, diferenciados de la etiología biológica de la enfermedad, busca delimitar un campo para lo mental con autonomía de lo médico (Aragona, 2009). Si las causas etiológicas son varias, lo estrictamente biológico pierde el lugar preponderante que tenía bajo la égida de la enfermedad.

El trastorno mental, según Aragona (2009) es un concepto difuso y muy general (*all-embracing*). En el DSM III, la definición de *trastorno* es la siguiente: «como un síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo que ocurre en un individuo y que está asociado con la angustia o discapacidad actual, y que refleja una disfunción psicológica o biológica en el individuo»<sup>118</sup> (Aragona, 2009, p. 3). Identificamos que aquello *significativo*, desde el punto de vista clínico, así como la *disfunción*, no se delimitan de manera teórica.

Son varias las características que se le atribuyen al término *trastorno mental* en DSM III, según Aragona (2009). Primero está el hecho de que se trata

---

115 Carl Gustav Hempel (1905-1997) fue un filósofo del empirismo lógico, comúnmente conocido como el neopositivismo.

116 En el original se lee: «illness, diagnostic category, disorder, clinical picture, syndrome, psychiatric condition».

117 La crítica que esboza la psicóloga sobre la no multicausalidad de los trastornos mentales no la compartimos, en virtud de los aportes de Aragona (2009), aunque sí identificamos que los trastornos mentales se enfocan hacia los fenómenos patológicos.

118 En el original se lee: «a clinically significant behavioural or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress or disability, and which reflects a psychological or biological dysfunction in the individual (American Psychiatric Association, 1980)».

de una aproximación descriptiva centralizada en síntomas y conductas que parte de un modelo ateorico que no busca una etiología como forma de no inscribir a los trastornos mentales dentro del campo médico, sino que estos son multicausales. También el criterio diagnóstico que establecen los clínicos se basan en las características vistas en los pacientes y su correspondencia con una lista elaborada *a priori* del acto clínico. Por lo tanto, el trabajo clínico queda reducido a que las problemáticas de las personas apliquen o no las categorías establecidas. En tercer lugar, hay una falta de jerarquía que ordene los síntomas, lo que deja los aspectos cualitativos en un lugar de no importancia. Las novedades sintomáticas de cada paciente se dejan de lado si no comprenden las listas con los criterios sintomatológicos definidos *a priori*, en las que el registro cuantitativo, sobre todo, es el que define el trastorno mental. En cuarto lugar, el «uso de criterios politéticos con umbrales diagnósticos cuantitativos»<sup>119</sup> (Aragona, 2009, p. 4). En la mayoría de los trastornos del DSM III, esto «establece definiciones de los trastornos mentales basados en una lista de todas las características»<sup>120</sup> (Aragona, 2009, p. 4) que tienen algunos de los miembros de la categoría, pero no se dice cuáles son los que cumplen con todas las características de la categoría.

Aragona (2009) concluye que *trastorno* es un término problemático, pero que desde el DSM III se diferencia de *enfermedad mental*. En cambio, en Uruguay, y según las palabras de psiquiatra a *La Diaria*, la diferencia entre *enfermedad mental* y *trastorno mental* quedan en suspenso, dado que se los usa como sinónimos:

3) Ahora, decir que, porque el proyecto de ley habla de trastorno mental hay hegemonía médica y que esto implica un «posicionamiento ético», no se entiende. No se ha fundamentado en forma sólida tal hipótesis. Además, quien niega la enfermedad mental es funcional a la perpetuación del prejuicio. No es negando la realidad que será posible el cambio cultural que implica la aceptación de la persona con enfermedad mental (Acuña, 2017, § 16).

En esta cita directa del psiquiatra que polemiza con la CNLSM sobre el concepto *trastorno mental*, es importante destacar cómo se utilizan como sinónimos este y *enfermedad mental*. Negar los trastornos mentales, para Acuña (2017), es negar la enfermedad mental. Si continuamos con las palabras del psiquiatra vemos que se menciona la pérdida de la libertad como característica del trastorno mental o enfermedad mental: 4) «La enfermedad mental constriñe, acota la libertad, deja a las personas en peores condiciones para alcanzar estados de bienestar y satisfacción» (§ 17).

119 En el original se lee: «Use of polythetic criteria with quantitative diagnostic thresholds».

120 En el original se lee: «establishes definitions of mental disorders based on a list of all characteristics».

Los trastornados o enfermos mentales tienen menos libertad. La libertad, como afirmábamos antes, se plantea en términos de capacidad para decidir. Si la capacidad para decidir se ve afectada, la intervención terapéutica debe dirigirse a revertir la situación. En este punto, y pese a que los trastornos mentales y las enfermedades mentales aparecen como sinónimos, las acciones de atención para generar libertad deberían ubicarse más en el terreno político que en el técnico-profesional.

El cuestionamiento del término *trastorno mental* dio lugar a un debate que, tal como dice Acuña (2017), parte de la idea de que hay una *hegemonía médica* en la atención en salud mental en el proyecto de ley. En este sentido, lo político y lo técnico se encuentran.

### Interdisciplinariedad y competencia en la atención

Los textos profesionales en *La Diaria* tuvieron a la interdisciplinariedad como uno de los puntos en debate, particularmente relacionado a los saberes que deben estar presentes en el proceso de atención en salud mental, según la Ley n.º 19.529. Laura Reina, psicóloga, plantea una atención en salud mental por medio de equipos interdisciplinarios desde el comienzo, dado que, de lo contrario: 5) «no garantiza que se pueda ver a la persona desde todas sus dimensiones» («A medio camino», 2016, § 7).

Los equipos interdisciplinarios garantizarían distintas miradas hacia las personas, lo que también se entiende como necesario por Giordano, que menciona la necesidad de la participación en la atención en salud mental de todos los saberes para pensar a la persona desde una perspectiva integral: 6) «Necesitamos todos los saberes puestos en juego, los de los trabajadores sociales, los de los psicólogos, los de los antropólogos, los de los psiquiatras, todos en juego para pensar en la persona de forma integral; eso es fundamental y esto no está garantizado en la ley» (en Muñoz, 2017d, § 4).

La interdisciplinariedad en el nuevo modelo de atención para la psicóloga refiere a «todos los saberes puestos en juego» (Giordano en Muñoz, 2017d, § 4), lo que permite un abordaje integral de la persona. La atención interdisciplinaria es un acuerdo por parte de los profesionales en salud mental, aunque hay diferencias sobre cómo debería instrumentarse la participación de los equipos interdisciplinarios en el nuevo modelo: 7) «Los diferentes “saberes” deben aportar al diseño de la estrategia terapéutica. Por esta razón es que no todos los profesionales podemos hacer todo, ni todos los saberes son intercambiables, dado que la especificidad disciplinaria otorga diferentes competencias» (Acuña, 2017, § 14).

La competencia disciplinaria aparece como ordenador de las acciones a implementar en el marco de la atención según el psiquiatra citado antes. Dentro de las competencias de cada disciplina, la psiquiatría se encargaría del «momento de la descompensación» (Acuña, 2017, § 15): 8) «En el

“momento” de la descompensación aguda de la enfermedad mental, cobra relevancia la herramienta psicofarmacológica y el lugar apropiado para ello es la unidad especializada en psiquiatría» (§ 15).

En un primer momento de descompensación aguda interviene la psiquiatría, luego, con la estabilización del *cuadro agudo* es el momento de la intervención de otras disciplinas. En este segundo momento participa el equipo interdisciplinario: 9) «Luego de la remisión del cuadro agudo, es un “momento” diferente en el que es posible la intervención psicoterapéutica. Allí la coordinación interdisciplinaria hace su entrada en el proceso terapéutico» (Acuña, 2017, § 15). La forma de atención interdisciplinaria presente en el proyecto de ley, según justifica el psiquiatra, establece una atención escalonada y regulada por las competencias disciplinarias. el discurso psicológico no comparte esta forma de atención, sino que plantea la participación del equipo interdisciplinario en todo el proceso de atención («A medio camino», 2016).

El ítem léxico *competencia*, usado para explicar la participación del equipo interdisciplinario en un segundo momento de atención, da cuenta de una forma de concebir las disciplinas, personas y saberes como entidades cerradas sobre sí mismas, en lugar de concebirlas en términos relacionales. Esto pauta una forma de trabajo entre las disciplinas que forma parte de una subjetividad de época en la que prima la competencia sobre la cooperación.

En el seminario «Nacimiento de la biopolítica», Foucault (2017) sostiene la importancia de la competencia para explicar el funcionamiento de la sociedad según los neoliberales. En la sociedad actual, el principio regulador «no debe ser tanto el intercambio de mercancías como los mecanismos de competencia»; estos deben ocupar un amplio espacio en la sociedad, es «una sociedad sometida a la dinámica competitiva» (p. 182).

La competencia se instala en nuestras prácticas con los otros y necesariamente genera situaciones de desigualdad que hacen posible al régimen de competencia. La competencia tiene sentido en la medida que exista desigualdad. Si ubicamos esto en la posición que ocupan los distintos saberes en la atención en salud mental, vemos cómo hay un saber, el de la psiquiatría, que es el único presente en el comienzo de la atención, el momento de descompensación de la persona. Ante este hecho surge la pregunta, ¿qué entidad posee la facultad de evaluar que la psiquiatría es el competidor ganador para acceder al primer momento de la atención? Este puede significar la internación tanto voluntaria como involuntaria de una persona, según el diagnóstico del profesional.

Se identifica la polémica sobre la atención interdisciplinaria en la polarización establecida por un psiquiatra entre el modelo médico clásico y quienes opinan de la enfermedad mental: 10) «hay una “situación de bipolaridad entre el modelo médico clásico, al que se ve como avasallador de los derechos de las personas”, y la idea de que “todo el mundo puede opinar sobre la enfermedad mental”» (Acuña en Muñoz, 2015k, «otro modelo», § 5). Este

campo polarizado en la discusión del nuevo cambio de salud mental colocó a psiquiatras y psicólogos como actores centrales en el ámbito profesional. La psiquiatría reivindica su saber específico, que debe ser reconocido en el modelo de atención: 11) «hay momentos que requieren la participación específica de psiquiatras, internación y tratamiento farmacológico». Insistió en que “hay un campo de conocimiento específico” (Acuña en Muñoz, 2015k, «otro modelo», § 5).

El campo específico de la psiquiatría en la ley es un punto que contesta Giordano:

12) el respeto de cada saber específico no está puesto en tela de juicio. Lo que sí está puesto en tela de juicio es que la salud mental no solo es una problemática de la medicina, sino que atraviesa muchísimas otras disciplinas que pueden entrar en juego y trabajar de forma coordinada, interdisciplinaria, para pensar una problemática que sea atravesada por otras cosas que no necesariamente tienen que ver con lo médico o con lo biológico (en Muñoz, 2015k, «otro modelo», § 6).

El planteo de la psicóloga supone pensar la salud mental desde varias disciplinas en un intento por desmarcarla de la óptica médica. Esto tuvo alguna resistencia en el ámbito parlamentario. Un médico y senador critica la falta de reconocimiento de la medicina en la atención en salud mental y marca la similitud del proyecto de ley con la ley argentina de salud mental de 2010. El médico y senador plantea que la reforma en salud mental argentina tiene problemas y es importante no caer en sus errores:

13) estamos ante una normativa que desvincula, ignora o no establece en forma específica la participación de los médicos psiquiatras. [...] este proyecto de ley propone una normativa muy similar a la de Argentina, donde precisamente se está reconsiderando la participación de los médicos psiquiatras (García en Muñoz, 2016e, § 5).

La Ley n.º 26.657 de Argentina (2010), en su capítulo sobre el abordaje, plantea en el artículo 8:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales técnicos y trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (p. 17).

La psiquiatría parecería estar contemplada junto con otros saberes, a diferencia de lo que cuestiona el médico y senador. En el artículo 13 de la ley

argentina, que refiere al equipo interdisciplinario, se establece: «Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones». En este sentido, no hay una definición específica de ninguna de las disciplinas que deberían estar, sino que el equipo interdisciplinario estaría integrado por «los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental» (p. 20).

Parece que, ante un intento de dejar la salud mental fuera de los parámetros del modelo médico clásico, que involucra la psiquiatría como disciplina rectora y exclusiva en la atención en salud mental, aparecen críticas como la falta de reconocimientos y la generación de escenarios polarizantes. Estos últimos tienen, por un lado, el modelo médico hegemónico y, por otro, a quienes opinan. En este sentido, vemos cómo el nuevo modelo de atención en salud mental no escapa a las relaciones de poder entre las disciplinas que lo constituirán. Con relación a las relaciones de poder, Foucault (en Becker, Fornet-Betancourt y Gómez-Müller, 1984)<sup>121</sup> dice:

Las relaciones de poder son, en las relaciones humanas, de una extensión extremadamente amplia. Hay toda una trama de relaciones de poder que puede operar entre los individuos, en el seno de la familia, en una relación educativa, en el cuerpo político, etcétera (§ 14).

Es importante cuestionar las relaciones de poder entre las disciplinas y los saberes en salud mental y moverse a partir del cambio de normativa. Toda relación de poder se constituye con la posibilidad de establecer estrategias mediante discursos, lo que hace que el campo de relaciones sea un escenario móvil y reversible. En cambio, si las relaciones se convierten en invariantes e inamovibles, estamos en un estado de dominación, lo que se traduce en disciplinas que monopolizan el saber y otras que obedecen.

El lugar de la psiquiatría en el nuevo modelo de atención es cuestionado por Miguel Scapusio, psicólogo, dado que, a su entender, hay una monopolización por parte de la psiquiatría en relación con el saber sobre la salud mental:

14) Parecería que la disciplina psiquiátrica reclama para sí todo el saber sobre el tema. [...] este proyecto ratifica una línea médica —biologicista y psiquiatrizante— de que las personas tienen trastornos mentales por causas personales, individuales y biológicas, y que no tienen nada que ver con lo social. Son personas usuarias de servicios de salud mental a las que les pasan muchas cosas: estamos preocupados por nuestros niños, tenemos problemas familiares, no nos alcanza el sueldo, nos quedamos sin vivienda; no tenemos un trastorno mental. ¿Eso es causa de un trastorno mental? No,

121 Foucault, en una entrevista con Becker *et al.* (1984), cinco meses antes de su muerte<sup>125 de junio</sup>, diferenciaba las relaciones de poder de los estados de dominación.

es causa de una afectación que tenemos en tanto personas, habitantes de un país donde las cosas todavía tienen una gran dosis de injusticia en los aspectos sociales (en Muñoz, 2017d, § 2).

El nuevo modelo de atención expresado en el proyecto de ley, establece «una línea médica biologicista y psiquiatrizante» (Scapusio en Muñoz, 2017d, § 2). Este lineamiento, para el psicólogo, concibe las afectaciones referidas a la salud mental en términos de trastornos en lugar de concebirlas como producto de las injusticias sociales. Si estas fueran producto de injusticias sociales, entonces la psiquiatría no tendría que tener tanta importancia en detrimento de otros saberes en el modelo de atención, dado que esta no puede abordar una temática tan amplia.

Partiendo del entendido de que la competencia en tanto saber sobre las injusticias sociales es un tema que atañe a la salud mental, cabría preguntarse si hay una disciplina que tenga la competencia sobre las injusticias sociales. En este sentido podemos decir que la injusticia social no es un campo de saber que pueda ser monopolizado por ninguna disciplina, o de lo contrario es necesario preguntarse: ¿qué disciplina tiene la competencia sobre las injusticias sociales?

El psiquiatra Ricardo Acuña, parafraseado por *La Diaria*, señala que 15) «algunas reformas en salud mental que se han efectuado en algunos países han tenido “elementos técnicos discutibles, ideologizados, y poco fundamento técnico”» (en Muñoz, 2015k, § 5).

¿No involucrará lo ideológico —aquello diferente a lo técnico— algo que nos permita un abordaje más amplio para concebir los aspectos que atañen a las injusticias sociales ya planteadas? Para orientar una respuesta podemos descartar lo ideológico —como lo que no tiene valor porque su fundamento no es técnico, tal como establece el psiquiatra— o tomar lo ideológico como aquello que no se fundamenta en lo técnico. En el caso de un cambio en el modelo de atención en salud mental, lo ideológico involucraría una mirada que problematice como se constituye la relación terapéutica desde la óptica del poder.

*La Diaria* cita a Baroni, psicóloga, que plantea: 16) «revisar la relación técnico-paciente, que muchas veces termina siendo una relación de dominación y jerárquica»; 17) «una relación horizontal en la atención en salud mental, que “respeta las singularidades y el derecho a la información”, como también evitar “las prácticas que arrasen con el sujeto”» (Muñoz, 2015l, «otro modelo», § 1).

La apuesta a una relación en términos de horizontalidad es una forma de advertir que toda relación, hasta la que concebimos como terapéutica, puede tornarse una relación de dominación. Foucault establece que se produce un estado de dominación «cuando un individuo o un grupo social bloquea un campo de relaciones de poder para volverlas inamovibles

e invariables, y para evitar toda reversibilidad de movimiento» (Foucault entrevistado en Becker *et al.*, 1984, § 15). Entre los instrumentos que hacen posibles estos bloqueos, los discursos que afirman lo técnico como algo exento a la contaminación ideológica parecen legitimar la voz de unos pocos, sin ánimo de que esto cambie.

Núñez dice las siguientes palabras a *La Diaria* en relación con las tensiones sobre la nueva ley de salud mental: 18) «se deberán resolver a nivel parlamentario, pero también en la lucha y en la calle» (en Muñoz, 2015h, «tiempo y forma», § 2).

Aristóteles (2014) plantea que la política es la ciencia suprema a la que el resto le están subordinadas, dado que la política «se sirve de las demás ciencias y prescribe, además, qué debe hacer y qué se debe evitar» (p. 25). Si bien han pasado miles de años desde lo manifestado por el filósofo, todavía el íntimo relacionamiento entre lo técnico y la política parecen seguir vigentes bajo el manto de lo ideológico.

# Las acciones extramanicomiales en salud mental y el hospital penitenciario

## La importancia en los determinantes en salud

En el nuevo modelo en salud mental hay una marcada tendencia a tener en cuenta los determinantes sociales, según Montalbán. *La Diaria*, parafraseándolo sobre los elementos que contendrá la nueva normativa, establece: 1) «Mencionó que se tienen en cuenta los determinantes sociales, la prevención, el tratamiento y la reinserción, y que es un modelo “de salud comunitaria” y de inclusión que se sostiene en la integralidad y el trabajo en equipo» (en Muñoz, 2015k, § 5).

Los determinantes sociales pasan a concebirse como un eje imprescindible a tener en cuenta en los servicios de atención en salud mental. Este movimiento en la estrategia de atención en la salud se identifica, entre otros, en la Conferencia de Alma-Ata de 1978, donde se afirma:

Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere [sic] en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (OMS, 2012, p. 1).

La atención primaria en salud como aspecto clave para alcanzar niveles de salud adecuados plantea un amplio espectro de actividades que operan en función de determinantes no exclusivamente sanitarios:

la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales (OMS, 2012, p. 1).

En el marco de la atención primaria en salud, las acciones se dirigen a generar un entorno apropiado para las personas, por lo que inciden en su bienestar. Las actividades educativas sobre los factores que permiten alcanzarlo se vuelven fundamentales.

El célebre informe de Lalonde (1974), *A new perspective on the health of Canadians*, conceptualiza los determinantes en salud y genera las condiciones teóricas para un campo que permita ampliar las estrategias de intervención. Los sistemas sanitarios ocupan uno de los cuatro elementos —junto con la biología humana, los estilos de vida y el medio ambiente— que determinan la salud de las poblaciones.

El nuevo modelo de atención que debe expresar la nueva ley, según el psiquiatra y director del Programa de Salud Mental de MSP, debe partir 2) «de una concepción más integral, de una visión de derechos que vaya desde la prevención hasta la reinserción laboral y social de la persona» (Montalbán en Muñoz, 2015n, «promete», § 2).

La prevención se instala en un modelo de atención que piensa su objeto de intervención en relación con el medio, necesariamente compuesto por distintos determinantes. La estrategia de atención según Acuña, parafraseado por *La Diaria* permite 3) «potenciar la salud mental en el primer nivel de atención —lo que es fundamental para la prevención—, así como el acceso a la vivienda, al trabajo y a la educación» (Muñoz, 2016c, § 6).

Además del involucramiento de los determinantes que permitirán realizar acciones de prevención, Porciúncula, definiendo la orientación de este organismo y la orientación del MSP en relación con el nuevo modelo, señala a la asistencia comunitaria entre otro de sus elementos: 4) «énfasis en la prevención de patologías y en la asistencia comunitaria» (en Muñoz, 2015f, § 2). La prevención y la asistencia en la comunidad a la población<sup>122</sup> como objeto de la política en salud mental ubica a las actividades educativas como centrales. Estas deben derribar los prejuicios en salud mental, según Acuña, y deben estar dirigidas a 5) «los pacientes, sobre las familias, sobre los psiquiatras, sobre las terapéuticas; es un área plagada de prejuicios» (en Muñoz, 2016c, § 6).

Comentando sobre lo dicho en una primera consulta por parte de un paciente y sus prejuicios, el psiquiatra Acuña ilustra el siguiente relato en una consulta: 6) «Yo no quiero que me dope» (en Muñoz, 2016c, § 6). Ante estos comentarios que parten del prejuicio del paciente, afirma: 7) «como si los psiquiatras fuéramos aquellos que vamos buscando gente para doparla, encerrarla y hacerle electroshock [...] todo eso forma parte de la gran mitología y de la falta de información rigurosa» (Acuña en Muñoz, 2016c, § 6).

Disolver mitologías, derribar prejuicios; la atención en salud mental desde un punto de vista educativo, da cuenta de una lógica más expansiva en la intervención. La intervención, por lo tanto, trasciende el cuerpo de quien porta una enfermedad o trastorno. Educar parece ser uno de los elementos

---

122 Sobre esta noción ver análisis de *El País*.

que se estiman necesarios para la transformación del modelo de atención, una educación hacia la población y no solo a los enfermos.

Según parafraseo de *La Diaria* (Muñoz, 2015d) al psiquiatra y director de salud mental y poblaciones vulnerables de ASSE: 8) «Porciúncula habló de “educar a la población” para integrar a las personas con patologías psiquiátricas y que no genere miedo ni rechazo convivir con la población hasta ahora se ha aislado» («más cerca», § 6).

Carámbula reafirma el carácter expansivo de las acciones que desbordan lo sanitario y concebir a la población como su objeto: 9) «desde la definición tenemos que abarcar no a la población de enfermos con problemas mentales, sino una visión desde la sociedad en su conjunto, y abordar esto como uno más de los derechos a conquistar» (en Muñoz, 2015h, «tiempo y forma», § 1). El enfoque poblacional en salud mental también integra en palabras del profesional, una óptica de derechos.

Las acciones que se fundamentan con un enfoque de derechos en el discurso profesional no quedan necesariamente fuera del cálculo de costos o rentabilidad de los servicios en salud mental. La propuesta de integrar a la nueva ley alternativas en la atención según el psiquiatra y jerarca del MSP refiere a garantizar derechos que no se presentan como algo exento a la racionalidad económica:

10) Que la internación sea en hospitales generales y por una instancia lo más breve posible, que existan todas las alternativas a la internación, que la internación sea en el último caso, que si se da, sea con todas las garantías necesarias y controles para garantizar los derechos de las personas (Montalbán en Muñoz, 2015n, «promete», § 2)

Se trata de un modelo de atención en salud mental que garantice los derechos de las personas a través de controles y que: 11) «a la larga es más barato, pero en la época de transición hay que invertir dinero» (Montalbán en Muñoz, 2015n, «promete», § 3).

Foucault (2016), aludiendo al arte de gobierno neoliberal, sostiene que los problemas que hacen a la atención en salud y otros de índole social comienzan a repensarse «como capaces de mejorar o no el capital humano» (p. 270). En este sentido, puede establecerse que una prestación determinada en salud mental pueda fundamentarse como inspirada en garantizar derechos, cuando, en realidad, lo que se busca es bajar los costos de la política pública en salud mental. Configurar una política pública en salud mental con énfasis en la lógica de la rentabilidad del Estado presenta diferencias a la lógica de la rentabilidad ejercida por particulares. El Estado no recauda por sus prestaciones directamente del beneficiario, como sí puede hacerlo un particular, y lo recaudado queda en ahorro para poder seguir ejecutándose dentro de los servicios públicos. Si este ahorro en futuras prestaciones no se vuelca

al mismo ámbito (la salud mental) para aumentar las prestaciones, estamos ante un recorte en la política pública en salud mental. La mejora del capital humano se evalúa en relación con los costos asumidos y los beneficios que se recaudan por quien asumen esos costos. En este caso, vemos que no prima la lógica del derecho a la salud como móvil, sino la lógica económica. Brown (2015), sobre la racionalidad neoliberal, plantea que se concibe a las personas como a los Estados, por lo que se espera que adopten formas de comportamiento en las que maximicen sus valores de capital en el presente y el futuro. Toda conducta pasa a ser económica (Brown, 2015) y las distintas esferas de la existencia se miden en términos económicos.

Consultado por *La Diaria*, el entonces ministro Basso, en cuanto al costo del nuevo modelo de atención y a la diferencia económica en los costos de mantenimiento con el modelo de atención asilar, dice: 12) «Estamos hablando de una política basada en derechos humanos y en la atención integral a la salud mental. El presupuesto tiene que ser acorde con esa política» (en «Llegó el momento», 2015, § 6). Según el ministro, el presupuesto ha de tener en cuenta los derechos humanos, aunque la lógica de privatizar los servicios no es del todo ajena. *La Diaria* parafrasea al ministro cuando expresa en qué podría consistir el financiamiento del nuevo modelo de atención: 13) «Parte del financiamiento podría surgir de dineros que los pacientes tienen en cuentas bancarias y que nunca llegan a utilizar» (Basso en «Llegó el momento», 2015, § 6).

El nuevo modelo de atención en salud mental se plantea como una necesidad para garantizar la no vulneración de derechos, por un lado, pero también identificamos como se pasa a fundamentar esta política en salud mental desde una racionalidad económica. Esta racionalidad supone que el nuevo modelo de atención es más rentable que el modelo asilar. En cuanto a esto, el lugar del Estado es fundamental al momento de brindar los servicios necesarios a la población según una perspectiva de derechos, como mencionan algunos profesionales de la salud mental. También la presencia estatal es importante para controlar y garantizar que el sector privado cumpla con los cometidos del nuevo modelo de atención.

Porciúncula plantea parafraseado por *La Diaria*:

14) el tema no solo le corresponde a ASSE, sino también al sector mutual, que sigue poniendo el límite de 30 días de internación por problemas de salud mental para que luego los pacientes pasen al sector público; expresó que hoy cada paciente de las colonias le cuesta al Estado 3000 dólares por mes (Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 3).

¿Hasta dónde debe hacerse cargo el Estado? ¿La ley le permitirá al Estado exigir a las instituciones privadas la cobertura de los costos de la

atención en salud mental por más de treinta días? El parlamentario y médico Luis Gallo, parafraseado por *La Diaria*,

15) Advirtió que la aplicación de la ley será gradual, así como el presupuesto que se le destinará, que irá incorporando «partidas específicas», y señaló que las instituciones privadas de salud también deberán hacerse cargo de la atención, algo que hoy solo hacen por 30 días (en Muñoz, 2015h, «tiempo y forma», § 3).

Vemos cómo, en este cambio de atención en salud mental, se juega una tensión entre la nueva normativa y la capacidad del Gobierno de imponerle condiciones al sector privado de atención en salud mental. El Gobierno, a través de la ley, otorga derechos, como permitir que las personas internadas por más de treinta días por problemas de salud mental estén cubiertas por las mutualistas privadas a las que pertenecen. Hay una lógica que se basa, en primer lugar, en reconocer que hay un mercado privado en relación con la atención en salud mental y, en segundo lugar, en que el Gobierno puede intervenir a través de una ley para regularlo de posibles injusticias, como omitir una atención en salud mental que supere los treinta días de internación. Es paradójico que una de las insignias del nuevo modelo de atención en salud mental sea hacer que las internaciones sean lo más breves posibles.

## Superar el manicomio

La nueva conceptualización de la atención en salud mental implica, además de la superación de las estructuras asilares y monovalentes, un discurso que involucra la creación de estructuras alternativas que den viabilidad a la desinstitucionalización. En este sentido, veremos determinados ítems léxicos que constituyen al discurso profesional en *La Diaria* en relación con las modalidades de atención alternativas que se deben impulsar para superar el manicomio.

Las palabras del ministro de Salud Pública a *La Diaria* plantean alternativas a la internación crónica como estrategia política y técnica en modelo de atención en salud mental: 16) «Se ha conformado una voluntad política, una voluntad técnica de encontrar fórmulas que sean eficientes, sustentables a ese tipo de tratamientos, que hoy tienen otras alternativas, que no pasan por la hospitalización crónica» (Basso en «Llegó el momento», 2015, § 3).

Como mencionábamos en el capítulo anterior, hay un cambio en los énfasis que debe tener el sistema de atención. Desde una lógica disciplinar en la atención en salud mental se pasa a hacer foco en una lógica de seguridad, que no sustituye a la disciplinar, sino que tiene otros énfasis. Una de las características que constituyen los mecanismos de seguridad es su tendencia a ampliar su intervención a través de la integración de nuevos elementos.

La organización de la atención en salud mental va tomando una lógica centrífuga (Foucault, 2006) que genera circuitos cada vez más amplios, a modo de red, y distintos elementos se relacionan. La aprobación de una nueva ley en salud mental, según Montalbán, es un sostén importante para organizar la atención: 17) «Hay muchas cosas, pero todos programas aislados. Con el sostén de una ley estamos en condiciones de avanzar, porque existe el aprendizaje mediante de experiencias concretas que se han hecho en todo el país» (Muñoz, 2015n, «promete», § 3).

Los nuevos elementos que se van integrando en la forma de organizar los servicios de atención en salud mental componen el entorno donde circulan las personas. La noción de *medio*, como ya expresamos, es importante para hacer posibles las acciones desde la política pública.<sup>123</sup> El psiquiatra marca la importancia de la rehabilitación de la persona teniendo en cuenta su entorno como parte de la estrategia a llevar a cabo en el modelo de atención: 18) «la rehabilitación estará integrada al tratamiento desde el inicio, a los efectos de minimizar el impacto actual y futuro del trastorno mental en la persona, en su vida, en su entorno» (Montalbán en Muñoz, 2015b, «otro modelo», § 3).

El entorno de las personas pasa a ser objeto de intervención, por lo que las casas con pacientes viviendo en la comunidad están entre los elementos de esta red de atención que se busca generar. Parafraseado por *La Diaria*, Porciúncula declara: 19) «se imagina casas con diez a 15 pacientes “viviendo en comunidad, con un apoyo médico que en algunos casos será diario o bisemanal”» (en Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 4). En el mismo sentido, para el ministro de Salud Pública debe haber un 20) «énfasis en el trabajo comunitario, mediante hogares de medio camino, casas tuteladas» (Basso en «Llegó el momento», 2015, § 3). Con relación a las casas tuteladas para pacientes de las colonias se plantea: 21) «multiplicarlas para degravitar el peso del número de pacientes en las colonias» (Basso en «Llegó el momento», 2015, § 3).

Los hogares de medio camino y las casas tuteladas aparecen como formas comunitarias del nuevo modelo de atención. Sin embargo, algunos profesionales presentan diferencias sobre estas. Baroni expresa en *La Diaria* fuertes reparos sobre los dispositivos creados como alternativas al manicomio, entre las que están las casas de salud, los refugios y las casas de familia que albergan pacientes. Según la psicóloga, estas formas reproducen la lógica del manicomio: 22) «no generan alternativas ni una verdadera inclusión o integración social, y tampoco dan oportunidades ni garantizan derechos» (en Muñoz, 2015k, «otro modelo», § 7).

Formular alternativas al manicomio es lo que inspira el nuevo modelo de atención, aunque existen discrepancias sobre ellas. Desde la psicología se establece que las casas de salud y las casas de familia con pacientes, como se

---

123 Ver sección «La población como objeto: El medio y su importancia para las intervenciones poblacionales».

ha intentado hasta ahora, tienden a reproducir la lógica del manicomio. Por otro lado, psicólogos en *La Diaria* proponen la organización en cooperativas como una alternativa terapéutica a la lógica manicomial. Parafraseado por *La Diaria*, Nelson de León, psicólogo, cuenta las experiencias de usuarios de salud mental en emprendimientos cooperativistas:

23) el grupo se ha ido interiorizando con el proceso de formalización de la cooperativa, que es bastante complejo por «el papeleo, las habilitaciones y las actas». Se basan en la Ley de Cooperativas Sociales de 2006, que no contempla los emprendimientos de usuarios de los servicios de atención de salud mental, explicó el referente (en Pagola, 2015, «otra capacidad», § 9).

Si la creación de cooperativas con personas con problemas de salud mental es una línea de intervención del nuevo modelo de atención, la generación de una adecuación de los marcos legales a emprendimientos cooperativos de usuarios de salud mental parece ser un punto a trabajar. Porciúncula plantea la creación de cooperativas dentro de las alternativas a las internaciones prolongadas:

24) Como alternativas manejó la posibilidad de crear «una gran escuela agraria» en las 372 hectáreas de las colonias o recurrir a un modelo que se desarrolla en otros países, donde hay cooperativas que se hacen cargo del cuidado de algunas personas en esos predios (Porciúncula en Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 4).

La organización de los servicios de atención en salud mental desde la óptica del cooperativismo, donde las personas pasan a formar parte de una tarea con otros, se entiende como una forma terapéutica. El psicólogo Mauricio Garolfi en *La Diaria* (Pagola, 2015) menciona el proyecto Ayllu, en el que egresados del hospital Vilardebó en proceso de rehabilitación llevan a cabo construcciones de viviendas ecológicas: 25) «Aparte de vivir en comunidad, construir algo propio y en barro es terapéutico» (en Pagola, 2015, «otra capacidad», § 3). Se planten las experiencias basadas en la construcción de algo que es propio y la forma de relacionamiento cooperativista como una modalidad diferente a las relaciones laborales signadas por la jerarquía y las competencias claramente establecidas forman parte de las alternativas a considerar junto a las casas de medio camino y las casas tuteladas. La creación de cooperativas como parte de la terapéutica de los servicios de atención en salud mental establece un ámbito que trasciende lo sanitario y amplía la lógica de intervención que antes se remitía de forma central al manicomio.

Si tomamos en cuenta los emprendimientos cooperativos, identificamos que estos producen un tipo de libertad —libertades negativas— en los usuarios de los servicios de salud mental, imposible de realizarse en lo constrictivo

del manicomio como institución total. Sin embargo, como mencionaba el psicólogo (Pagola, 2015), todavía no existen elementos jurídicos específicos en el formato de las cooperativas sociales para personas con problemas de salud mental. Por lo tanto, hay una lógica de integración propia de los dispositivos de seguridad que hace posible la integración de diferentes elementos, como vimos, aunque sin establecer condiciones para generar una libertad en términos sociales (Honneth, 2014).

Una heterogeneidad de elementos se integra para pensar la atención en salud mental bajo la siguiente premisa, según Porciúncula: 26) «no se propone un modelo único, sino un abanico de alternativas» (en Muñoz, 2015e, § 2). Este expresa una flexibilidad en el modelo de atención que se asemeja a otra característica de los dispositivos de seguridad según Foucault (2006):

la seguridad, sin prohibir ni prescribir, y aunque eventualmente se de algunos instrumentos vinculados con la interdicción y la prescripción, tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule: la anule, la limite, la frene o la regule. Esta regulación en el elemento de la realidad es, creo, lo fundamental en los dispositivos de la seguridad (p. 69).

Ante las condiciones de vulneración de los derechos humanos de los pacientes en las colonias Etchepare y Santín C. Rossi (Muñoz, 2015c), se multiplican las casas tuteladas para anular el funcionamiento de las colonias: (21) «multiplicarlas para degravitar [sic] el peso del número de pacientes en las colonias» (Basso en «Llegó el momento», 2015, § 3).

Ante procesos de pérdida de vínculos familiares por parte de los pacientes que hace años viven en manicomios, el parlamentario Bordaberry dice: 27) «debería profundizarse la atención a la familia» (Muñoz, 2016b, «matices», § 4). Por lo tanto, se van interponiendo mecanismos para algunas conductas que anulen otras conductas.

El plan de desinstitucionalización según Montalbán apunta a diferentes tipos de dispositivos: 28) «estructuras alternativas que implican el desarrollo en comunidad de un sistema de dispositivos, algunos sanitarios, otros sociales y otros mixtos» (Muñoz, 2015b, «otro modelo», § 4); 29) «la internación en hospitales y salas generales, hogares de medio camino, hospital de día, residencias asistidas, centros de rehabilitación, apartamentos autónomos» (Muñoz, 2015b, «otro modelo», § 4).

Como formas concretas de esta atención, las estructuras alternativas presuponen conservar cierta esfera de libertad<sup>124</sup> que se expresa a través de los derechos. Según Foucault (2016), la libertad de los comportamientos en el

124 En términos negativos, la concebimos como libertad de no intervención de una instancia exterior. La libertad de circulación puede oficiar de libertad ejemplar, en este caso.

arte liberal de gobernar es necesaria, dado que oficia de reguladora siempre y cuando se la produzca y organice. Aunque lo importante para nosotros es lo dicho por el filósofo francés: «El liberalismo no es lo que acepta la libertad, es lo que se propone fabricarla a cada momento, suscitarla y producirla con, desde luego, todo el conjunto de coacciones, problemas de costo que plantea esa fabricación» (Foucault, 2016, p. 85). La libertad fundamental en este dispositivo de seguridad pasa a ser una libertad de no interrupción para los usuarios de los servicios de salud mental, que pueden circular en estructuras no tan coercitivas como el manicomio. Sin embargo, el problema es: ¿hasta dónde en el nuevo modelo de atención en salud mental las personas tendrán la libertad de circular por una supuesta comunidad? Esta pregunta refiere al punto de fusión entre la producción de la libertad y su regulación de esta:

¿Cuál va a ser entonces el principio de cálculo de ese costo de producción de la libertad? El principio de cálculo, por supuesto, es lo que llamamos seguridad. Es decir que el liberalismo, el arte liberal de gobernar, se verá forzado a determinar con exactitud en qué medida y hasta qué punto el interés individual, los diferentes intereses, individuales unos de otros y eventualmente se oponen, no constituyen un peligro para el interés de todos. Problema de seguridad: proteger el interés colectivo contra los intereses individuales. A la inversa, lo mismo: habrá que proteger los intereses individuales contra todo lo que pueda aparecer, en relación con ellos, como una intrusión procedente del interés colectivo (Foucault, 2016, pp. 85-86).

Un arte de gobierno liberal que administra intereses creando libertad, autonomía en las personas, pero también creando posibles peligros. En este sentido, libertad y seguridad son dos caras de una economía de poder presente en este cambio de atención en salud mental. La necesidad de la producción de libertad por parte de los profesionales se sostiene en el interés de las personas internadas de tener más capacidad de circulación y decisión. Sin embargo, también existe un discurso de la peligrosidad de quienes residen en las instituciones totales. Este discurso funciona y cobra sentido porque busca resguardar un supuesto interés colectivo. Creemos que la peligrosidad como figura y contraparte de la autonomía se expresa en la necesidad de construir un hospital penitenciario, presente en algunas noticias publicadas por *La Diaria*.

## El hospital penitenciario como garante del dispositivo de seguridad

En el marco de la discusión sobre los nuevos dispositivos que constituirá el modelo de atención en salud mental en *La Diaria*, se plantea la problemática de los pacientes judicializados que hoy se encuentran en las instituciones asilares y monovalentes. En este sentido, veremos cómo profesionales de la medicina y el derecho plantean la necesidad de tener un hospital penitenciario como solución a la situación de los pacientes judiciales en las instituciones de atención en salud mental.

Porciúncula menciona a *La Diaria* en relación con la nueva propuesta de atención que debe incluir la ley que esta debe buscar que los pacientes: 30) «en vez de estar internados por períodos prolongados, luego de salir de una situación crítica, puedan ser partícipes de su vida cotidiana» (Muñoz, 2015e, § 2). Marcando un tono de mesura a posibles interpretaciones de la ley como aquello que liberará a los locos del manicomio, similar a la imagen de Pinel siglos atrás liberando a los locos del cepo, el encierro será administrado en situaciones críticas. No obstante, las internaciones no serán atendidas en el manicomio, sino en hospitales generales y casas de medio camino, como parafrasea *La Diaria* al psiquiatra y jerarca de ASSE. Para hacer esto posible, se debe aumentar la capacidad de 31) «atención de situaciones críticas en hospitales generales y la cantidad de casas de medio camino (ASSE tiene una en Treinta y Tres, otra en Lavalleja y dos en Montevideo)» (Porciúncula en Muñoz, 2015d, «más cerca», § 6).

Sin embargo, lo novedoso es lo que anuncia el funcionario de ASSE, la creación de un hospital judicial: 32) «se piensa en crear un hospital judicial, idea en la que están trabajando junto con el Ministerio del Interior» (Porciúncula en Muñoz, 2015d, «más cerca», § 6).

Los posibles peligros a los que pueden estar expuestas las poblaciones es un hecho clave para la configuración de los sistemas de seguridad, dado que produce libertades, pero tienen que ser capaces de complementarse con los dispositivos disciplinares para encauzar las libertades o solo limitarlas. Según Foucault (1996), la noción *peligrosidad* no se ocupa de si el individuo ha transgredido la ley, sino que se dirige, sobre todo, a evaluar la posibilidad de que lo haga. La lupa se desplaza de la cuestión jurídica de reconocer que existe una ley y que el individuo la ha infringido para dirigirse a los comportamientos posibles de las personas. Para esto, es necesario recurrir a instituciones que trascienden el plano jurídico, como la psiquiatría y la psicología:

La noción de peligrosidad significa que el individuo debe ser considerado por la sociedad al nivel de sus virtualidades y no de sus actos; no al nivel de las infracciones efectivas a una ley también efectiva, sino de las virtualidades de comportamiento que ellas representan (Foucault, 1996, p. 88).

Al situarnos en torno a la noción de *peligrosidad*, estamos en el plano de lo posible, de la virtualidad, del cálculo de probabilidades. Uno de los aspectos a destacar que se establece en el artículo 30 de la nueva Ley de Salud Mental como requisito para una internación involuntaria es que «exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros» (Uruguay, 2017). La figura del *riesgo inminente* funciona muy bien al momento de concebir esa virtualidad de comportamientos que podrían ser perjudiciales para los intereses de la población. Permitir ciertas movi­lidades o la administración de libertades por parte del dispositivo de seguridad se apoya en un mecanismo disciplinar como el hospital judicial.

El abogado Ricardo Pérez-Manrique, parafraseado por *La Diaria*, plantea la necesidad del hospital judicial:

33) «Es una verdadera necesidad» opinó Ricardo Pérez Manrique, ministro de la Suprema Corte de Justicia, en diálogo con *la diaria* [sic]. Recordó que Uruguay tuvo un hospital penitenciario hasta que se cerró la cárcel de Punta Carreras, en 1986, y sostuvo que «funcionaba muy bien para todo el sistema de prisiones» (en Muñoz, 2015m, «hacia el hospital», § 3).

Los vínculos entre la peligrosidad de quienes residen en las instituciones totales, el cambio de modelo de atención que trasciende lo sanitario y la creación de un hospital penitenciario pueden constituir una política de índole punitivista y no una política de derechos humanos como sostienen los profesionales de la salud mental. *La Diaria* parafrasea al psicólogo Rolando Arbesún en el marco de los traslados de pacientes que estaban en la sala 11 del hospital Vilardebó al sexto piso de la Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de la zona metropolitana (ex Cárcel Central), hecho que marca cierto vínculo recurrente entre los servicios carcelarios y los de salud mental:

34) «por las condiciones mismas de la sala 11, las características especiales de seguridad que debe tener una sala de este tipo, se decidió montar esta pequeña sala que cubre las necesidades de los pacientes», en acuerdo con el Sistema de Atención Integral-Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL). Además, explicó que la «asistencia y atención» será responsabilidad del SAI-PPL y que el personal policial «estará a la orden ante cualquier eventualidad», pero no dentro del sector. Actualmente en la sala 11 hay dos presos («Un parche», 2015, § 2).

La complementariedad entre el sistema penitenciario y el hospital Vilardebó puede verse en cuanto al tránsito de los pacientes en ambas instituciones. En la sala 11 del Vilardebó hay pacientes judicializados que fácilmente pueden pasar a denominarse *presos*. El fin terapéutico y de reinserción social

son objetivos que comparten tanto la cárcel como el Vilardebó (Cabrera, González, Laino, Montes y Morteo, 2013).

El psicólogo Alejandro Santágata y el abogado Álvaro Colistro del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) de la INDDHH plantea discrepancias y preocupación por los traslados: 35) «estas personas requieren un alto grado de atención, contención y control» (en «Un parche», 2015, § 3); 36) «requiere de mayores medios asistenciales que los que se le pueden ofrecer en un establecimiento penitenciario o con los que cuenta a la fecha el SAI-PPL» («Un parche», 2015, § 3):

37) Respecto de la construcción del sector en el que serán recluidos, dicen que «no parece la más adecuada», ya que se trata de personas proclives a conductas agresivas, intentos de suicidio, a provocar incendios, intentar fugarse y otras formas de ataque hacia el personal de salud y custodios. Además, destacan que el sexto piso tiene un único lugar de acceso que «es estrecho y fácilmente obstruible», y que, sumado a las conductas de riesgo, se «necesitaría de una dotación de personal tanto en lo asistencial como en la seguridad mayor que lo normal en relación a la cantidad de personas que va a poder alojar» («Un parche», 2015, § 3).

Los profesionales señalan la necesidad de mayores medios de asistencia por parte de los pacientes judicializados en relación con los presos de una cárcel. La comparación resulta difusa, debido a que se establece una valoración —*mayor que lo normal*— en la comparación entre presos y pacientes judiciales en cuanto a la atención, que es difícil de limitar. Las conductas que se enmarcan como conductas de pacientes judicializados pueden ser también conductas de los presos. En términos de peligrosidad, si nos atenemos a lo mencionado por profesionales de MNP, vemos cómo los pacientes judicializados representan mayor riesgo que los presos. Sin embargo, resulta difícil percibir criterios claros para su diferenciación.

Cabrera *et al.* (2013), en su investigación sobre la inimputabilidad por enfermedad mental en Uruguay, expresan que el procedimiento desde que una persona comete un delito hasta la llegada a la sala de seguridad del hospital Vilardebó (salas 10, 11 y 16) está a cargo del Instituto Técnico Forense (ITF), aunque la decisión última está a cargo de un juez. Si bien el ITF elabora los informes, peritajes y asesoramientos, la declaración de inimputabilidad y medidas curativas están a cargo del juez. En este sentido, el discurso jurídico tiene el poder de decidir.

*La Diaria* publica una noticia en la que el Comisionado Parlamentario pide extender los servicios de salud de ASSE a todas las cárceles del país, donde, según el abogado Juan Miguel Petit, hay 38) «preocupación por adicciones» («Nacional», 2016, § 2). El problema de las adicciones en las cárceles uruguayas motiva el pedido de ayuda a profesionales para extender servicios

de salud mental en cárceles. De concretarse, esto establecerá la existencia de servicios de atención de salud mental en el ámbito penitenciario. En el marco de un cambio de ley en el que las estructuras de atención en salud mental buscan modificarse por otras alternativas, las cárceles podrían constituirse en alternativas.

Al aprobarse la Ley de Salud Mental, Giordano (Uruguay, 2017) le menciona a *La Diaria* su disconformidad con la nueva normativa:

39) con estas contradicciones e incongruencias que tiene la ley, es muy difícil pensar que no vamos a seguir reproduciendo la lógica manicomial, que no vamos a seguir reproduciendo solamente el abordaje más sanitarista de la salud mental, que las violaciones a los derechos humanos desaparecerán cuanto antes; es difícil poder visualizarlo (en «Proyecto de ley», 2017, § 3).

La profesional de salud mental advierte una posible reproducción de la lógica manicomial, a diferencia de lo que se pretende con la nueva ley.

Los dispositivos de seguridad inspirados en un arte liberal de gobierno buscan la producción de la libertad en términos de no interrupción. Los dispositivos asilares, en este sentido, deben modificarse porque sujetan a las personas a estrictos reglamentos institucionales, lo que las vuelve proclives a que se vulneren sus derechos.

Los dispositivos de seguridad no permiten todo, sin embargo, dado que la producción de libertad tiene costos. El hospital penitenciario aparece como un costo de la fabricación de los dispositivos alternativos. Según el ministro de Salud Pública, 40) «el hospital psiquiátrico en sí tiende a desaparecer en el mundo» (Basso en Muñoz, 2015d, «más cerca», § 3). Esta desaparición, ¿dará origen al hospital penitenciario?

## Conclusiones

Para *La Diaria*, el cambio de ley en salud mental oficia como sinónimo del cambio de atención en salud mental. En este sentido, el periódico llevó un seguimiento constante de las instancias parlamentarias. Varias de ellas fueron objeto de portadas y de noticias en las que se explican los puntos de acuerdos y desacuerdos para el cambio de ley.

La multiplicidad de voces recogidas por el periódico nos permite comprender las diferencias en relación con el cambio de atención en salud mental. Hay dos claras visiones: una asociada a la SPU en concordancia con la visión del MSP y otra que expresa la CNLSM. Los siguientes puntos son objeto de diferencias: la ubicación de la comisión de contralor de la atención en salud mental, el uso de la denominación *trastorno mental*, los requisitos de las internaciones involuntarias, la necesidad de un cronograma de cierre de las estructuras asilares en la ley y la interdisciplinariedad en todo el proceso de atención. La posición del periódico es mostrar las posturas en pugna en el debate público con una visión integral en relación con la temática. Sin embargo, es de destacar que un psiquiatra publica el artículo «Proyecto de Ley de Salud Mental: más coincidencias que diferencias» (Acuña, 2017)<sup>125</sup> en *La Diaria*, donde posiciona a la psiquiatría mediante el establecimiento de una interpretación de la nueva Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017) para incidir en la opinión pública. Ningún otro profesional de las disciplinas pertenecientes al campo de la atención en salud mental —psicología y derecho— gozan de este privilegio.

El periódico identifica la muerte del paciente en la colonia Etchepare en tanto punto de quiebre en la forma de atención en salud mental y la interpreta por los profesionales citados en el medio como una oportunidad de cambio del modelo de atención. Este hecho deja en claro que el dispositivo disciplinar que controla, vigila y corrige los comportamientos de las personas en un determinado territorio presenta fallas. Estas fallas involucran el no poder garantizar los derechos humanos de las personas que residen en las colonias. Por lo tanto, comienza a surgir en la prensa escrita por parte de autoridades de la salud y los profesionales un discurso que apunta a ampliar las intervenciones en salud mental orientado a garantizar los derechos de los usuarios en los servicios de salud mental o a la recuperación de los derechos.

En cuanto al discurso, se comienza a configurar un modelo de atención en salud mental que se plantea el problema de la seguridad en el que se busca resguardar las libertades de las personas residentes en centros asilares y el interés general de la población. Los dispositivos de seguridad producen y regulan la *libertad negativa*, aunque también identificamos en el discurso

125 Es necesario aclarar que este artículo forma parte de la sección «Nacional» del periódico y no de la sección dedicadas a publicar cartas al lector, sección que no forma parte del corpus de nuestra investigación.

profesional la importancia de la libertad reflexiva (Honneth, 2014) en el nuevo modelo de atención. Esta integra tanto el derecho a la libre circulación de los usuarios como a su capacidad de decidir. El modelo de recuperación que plantean los psiquiatras apunta a la *libertad reflexiva*; sin embargo, nos parece un enfoque restrictivo, dado que termina afirmando una libertad que recae en el sujeto individual. En el caso de la salud mental, el discurso de la psiquiatría propone el modelo de recuperación (Díaz del Peral, 2017) que identifica a la libertad en términos de autonomía: la capacidad de decidir que tienen los usuarios de los servicios de atención. Esto deja abierto el problema de las oportunidades que deben existir, para lograr ejecutar lo decidido. La *libertad institucional*, en este sentido, solo queda vinculada al cambio de normativa.

Identificamos una estrategia por parte del discurso de la psicología en coordinación con la CNLSM de reclamar libertades institucionales en la atención en salud mental por medio de la apelación a tratados internacionales de derechos humanos. Estos ponen en evidencia la falta de armonización del derecho interno de Uruguay con el derecho internacional en salud mental. Según observaciones del Alto Comisionado (2017), la denominación *trastorno mental* estigmatiza y el órgano de control de las prácticas de atención en salud mental debería ser independiente del MSP (Uruguay, 2008, art. 33), dado que esta cartera es la encargada de orientar y llevar a cabo las prácticas en salud mental. Además, también expresa que las internaciones involuntarias se contradicen con las recomendaciones al Estado uruguayo por parte del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, 2016, § 26), y que la atención interdisciplinaria no está presente en todo el proceso de atención, tal como expresa la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en su artículo 4 (Uruguay, 2008a). El discurso de la psicología adoptando una táctica jurídica y apoyándose en acuerdos y organismos internacionales de derechos humanos, disputa un territorio históricamente médico como es la atención en salud mental. Para que las relaciones de poder no sean estados de dominación, tienen que ser móviles, reversibles. En cuanto a la atención en salud mental, todavía se identifica un fuerte poder médico en la conducción de los servicios de atención, pero con posibilidades de ser cuestionado tanto política como profesionalmente. Los cambios en el uso del término *trastorno mental* en algunos de los artículos del proyecto de ley —y, luego, de la Ley n.º 19.529— son una muestra de relaciones de poder móviles en el campo de la salud mental. También las modificaciones en la regularización de la internación involuntaria y la fecha de cierre de las estructuras asilares y monovalentes («Senado aprobó», 2017, § 2) son indicios de una nueva forma de concebir una relación terapéutica, como planteaba el discurso de la psicología y la CNLSM.

La estrategia de atención en salud mental que supera el manicomio es planteada por los profesionales de salud mental como una forma de terminar

con la vulneración de derechos humanos. Aunque también se fundamenta una nueva forma de atención, desde la lógica de la rentabilidad que a futuro tendrá este modelo de atención en relación con el modelo asilar. En este sentido, se identifica una lógica dentro de las políticas públicas en salud mental basada en una racionalidad económica para fundamentar un cambio de política en salud mental a tener en cuenta. Las alternativas planteadas en la comunidad —casas tuteladas, residencias asistidas, cooperativas sociales— pueden terminar reproduciendo la lógica manicomial si el Estado no establece mecanismos de control acordes a las circunstancias.

El discurso del cambio de modelo en salud mental refiere a la constitución de un *dispositivo de seguridad* en el sentido que estimula que se lleven a cabo acciones por parte de la política pública para asegurar las libertades de las personas internadas en instituciones totales —hospital Vilardebó y colonias Etchepare y Santín C. Rossi—. Sin embargo, a la vez, el discurso profesional —médicos y agentes del Poder Judicial— propone la construcción de un dispositivo disciplinar, como el hospital penitenciario, con el objetivo de regular la producción de libertades. Médicos y profesionales del derecho, que presentaron diferentes lecturas al momento de establecer una conclusión sobre lo sucedido en la colonia Etchepare en marzo de 2015, están de acuerdo cuando plantean la necesidad de un hospital penitenciario. En este sentido, queda abierto el problema: ¿cuáles serán las modalidades de atención en salud mental que en los próximos tiempos den consistencia a este cambio?

# El discurso profesional sobre la desinstitucionalización en salud mental: Intertextualidad entre *La Diaria* y *El País*

En este capítulo se presenta el análisis de la intertextualidad según el modelo de Bazerman (2004). Este análisis se compone de ejes temáticos que vinculan los artículos de prensa publicados en el período seleccionado (2015-2017) con los discursos sociales y profesionales relacionados con los siguientes ejes temáticos: izquierda y salud mental, el cambio en salud mental, la escena del drama social y el gobierno a través del otorgamiento de derechos o trastornos.

En el primer apartado identificamos cómo se asocia la idea de *cambio* en los lectores (Bazerman, 2004) de los periódicos con la izquierda política, debido a que los profesionales utilizan esta marca intertextual para referirse a la necesidad de cambios en la atención en salud mental. Esta intertextualidad también construye textos que refieren a la violencia, la marginalidad y una postura inconformista en relación con la situación de la salud mental en Uruguay. También se hace un recorrido en el que se visualizan puntos de conexión entre los movimientos de izquierda y los cambios en salud mental en términos regionales e internacionales.

El segundo apartado trata sobre las dos tendencias del discurso profesional, una compuesta por un lenguaje que alude al mundo penitenciario y al mundo sanitario de manera intertextual (Bazerman, 2004). Esta tendencia se expresa en el hospital penitenciario como figura a constituirse en el cambio del modelo de atención en salud mental. La segunda tendencia se expresa por medio de un lenguaje comunitario, que tiene al campo léxico *comunidad* como principal indicador para orientar los cambios en salud mental. Ambas tendencias intentan responder al problema de la seguridad, problema planteado por el discurso profesional en términos de proteger el interés individual de los pacientes y, a su vez, el interés colectivo de la población.

En el tercer apartado identificamos en la escena controvertida de la muerte de la persona en la colonia Etchepare la emergencia de una posición de cambio en el modelo de atención en salud mental. Desde el discurso profesional la escena Etchepare fue una intertextualidad recurrente, y así permitió impulsar y concretar un cambio discursivo en la atención en salud mental. Analizamos los supuestos humanistas en el discurso profesional, que reducen

la posibilidad de identificar los alcances de las acciones políticas emergentes en el campo social de la salud mental.

En el cuarto apartado sostenemos que, a partir de las concepciones *derechos humanos* y *trastorno mental* se gestan formas de gobierno que se plantean como contrapuestas en el discurso profesional. Según el discurso de psicólogos, concebir los problemas de salud mental a partir del trastorno mental reproduce la lógica manicomial que se quiere superar. En este sentido, se establece un campo bipolar entre una forma de gobierno en los servicios de atención en salud mental que responde a la libertad —tanto negativa como social— como tecnología de gobierno y otra forma de gobierno en los servicios de salud mental médica-psiquiátrica que, por medio del trastorno mental, orienta otra forma de conducción.

## La izquierda y la salud mental

*El País* y *La Diaria* en algunos de sus textos expresan la idea de la izquierda asociada al cambio. Esta idea, por lo general, circula entre los lectores (Bazerman, 2004, p. 87). Con relación al cambio en la atención en salud mental, la izquierda como encargada de comandar este cambio aparece en la cita directa de un psiquiatra:

1) En 2005, con la asunción del primer gobierno de izquierda en la historia del país, que trajo como una de sus banderas el cambio en el modelo sanitario en el Uruguay, se esperaba por parte de todos los actores vinculados a la salud mental el comienzo de cambios (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 2).

El cambio que menciona el psiquiatra lo también Giordano en *La Diaria*, que alude al FA en el Gobierno: 2) «Es una sensación entre tristeza y decepción, porque en realidad uno tenía toda una expectativa de que el FA iba a poder tomar este proyecto para profundizar en derechos» (Muñoz, 2017d, § 10).

En ambas citas directas hay un nivel de intertextualidad que expresa ideas comunes en los lectores,<sup>126</sup> como sostiene Bazerman (2004), que refiere a la izquierda asociada al cambio en salud mental y a la profundización de derechos. Tanto en *La Diaria* como en *El País* se hace alusión a un cambio que debería hacerlo la izquierda en el Gobierno. El cambio se expresa, por un lado, a través de los derechos, como sostiene la psicóloga —«profundizar en derechos» (Muñoz, 2017d, § 10)— o en el «cambio en el modelo sanitario» («La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 2), como dice el psiquiatra. En este último caso hay un nivel de intertextualidad que da cuenta de un lenguaje referido a lo médico mediante la selección léxica<sup>127</sup> *cambio sanitario*. La psicóloga utiliza la opción léxica *profundizar derechos*, que da cuenta del mundo jurídico, dado que aparecen los derechos como ítem léxico.

Entendida en su sentido más amplio o desde sus diversas manifestaciones, la izquierda, según el historiador italiano Enzo Traverso (2018), refiere a «los movimientos que lucharon por cambiar el mundo con el principio de la igualdad en el centro de su programa» (p. 17).

A nuestro entender, estos movimientos que buscan cambiar el mundo con la igualdad como una de sus orientaciones políticas fundamentales

126 Según Bazerman (2004, p. 87), este nivel 4 de intertextualidad se trata de cuando un texto se basa en ideas, creencias y declaraciones que suelen circular en los lectores, sea porque se atribuye a una fuente específica o porque son de sentido común.

127 El nivel 5 de intertextualidad de Bazerman (2004, p. 87) se identifica cuando se utilizan ciertos tipos de lenguaje, frases y géneros reconocibles, que evocan a mundos sociales particulares.

forman parte de la intertextualidad que se construye en relación con el cambio en salud mental y sus expectativas. Sea por medio de la *espera*, manifestada por el psiquiatra Acuña a *El País* en la cita mencionada antes («La deuda que», 2015) o la *tristeza* que Giordano le confiesa a *La Diaria* (en Muñoz, 2017d), la izquierda y el cambio en salud mental son tópicos presentes en la prensa escrita en el período estudiado (2015-2017).

Entre las reivindicaciones de los profesionales sobre el sistema de atención centralizado en las estructuras asilares, es importante señalar la violencia institucional ejercida por el sistema de atención hacia las personas que allí residen, así como la inconformidad de los profesionales debido a la falta de respuestas políticas para mejorar las condiciones de marginalidad de la atención en salud mental. Estas son marcas intertextuales que, por lo general, adoptan los movimientos de izquierda en su búsqueda de disminuir las condiciones de desigualdad en un régimen que perciben como injusto.

Giordano manifiesta en *La Diaria* la violencia institucional del régimen vigente en lo que hace a la atención en salud mental: 3) «la violencia institucional cae sobre todos, no solamente sobre los usuarios; los trabajadores tienen derecho a trabajar en dispositivos que estén realmente adecuados y que puedan brindarles formación, capacitación y cuidado» (en Muñoz, 2016<sup>a</sup>, § 10).

La violencia es institucional en el sentido que su ejercicio no se identifica en determinados grupos que violentan a otros, tanto en el caso de los trabajadores violentando a usuarios como viceversa, sino que la violencia está instalada en los mecanismos de funcionamiento del sistema de atención que, a su vez, lo constituye (Muñoz, 2016<sup>a</sup>).

Los psiquiatras Acuña y Sánchez, en *El País*, en referencia a las fallas en la atención en salud mental, también sostienen que fenómenos como la violencia no se han trabajado: 4) «No se han incorporado en forma integral los fenómenos de violencia, marginalidad, alcoholismo y drogadicción, género, los problemas de la salud mental y el trabajo, el estigma de la enfermedad mental, entre otros» («La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 3).

Las críticas de los profesionales a la institucionalidad vigente en salud mental tienen base, por un lado, en los mecanismos que hacen posible su funcionamiento, pero, por otro, en cómo estos no se integran para pensarlos como parte de la situación problemática. En este punto vemos la postura de inconformidad que los profesionales de la salud mental expresan. Según Percia (2011), la «inconformidad deviene crítica de las formas establecidas: esa locura de las imágenes instituidas como realidad» (p. 16).

Giordano menciona la actuación de los diputados en la comisión del Parlamento encargada de trabajar en el nuevo proyecto de salud mental como una acción de orden cosmético: 5) «hicieron un maquillaje» («Proyecto de ley», 2017, § 2). Cuatro días después, otra psicóloga, Correa, dice a *El País* algo similar sobre el proyecto de ley: 6) «el actual proyecto es un “maquillaje”

de la realidad existente y, de aprobarse, el país pierde la oportunidad de “un cambio profundo” («¿Es posible», 2017, «una ley aplaudida», § 4).

La disconformidad con la actuación de parlamentarios y el sistema político es una constante que circula por *El País* como *La Diaria* y que involucra sobre todo a los psicólogos.

Según Giordano, 7) «tenemos un sistema político absolutamente demagogo que plantea que esta ley es absolutamente perfectible, que tiene muchas mejoras para hacer y uno se pregunta ¿por qué no las hacen si este es el momento? ¿Qué esperan?» (Muñoz, 2017a, § 7). En la misma orientación, Scapusio también apunta hacia el Poder Legislativo y *La Diaria* lo parafrasea:

8) algunos diputados quieran votar el proyecto «a tapa cerrada» y comentó que incluso algunos legisladores «utilizan un argumento de sinceramiento que es sorprendente, y es que los psiquiatras están presionando mucho. Esto es muy extraño, porque sabemos que en la votación de cualquier ley hay grupos de presión, pero que el Poder Legislativo sea sensible solo a un grupo de presión —que está representado por la psiquiatría—, dejando de lado a los usuarios, a los familiares, a una cantidad de organizaciones y a colectivos de profesionales, nos parece realmente llamativo (en Muñoz, 2017d, § 7).

La sensibilidad a los grupos de presión del sistema político, así como la falta de credibilidad para establecer los cambios en la sociedad, es una crítica que varias corrientes de izquierda —el marxismo y el anarquismo, entre otros— han hecho históricamente. Los intereses que no necesariamente contemplan a toda la población, sino a un sector son objeciones que han cargado y siguen cargando los diferentes sistemas políticos en el mundo. Con relación a la salud mental, tal como menciona Scapusio (Muñoz, 2017d), se explicita el lugar de la psiquiatría como grupo de presión política para obtener una ley en salud mental.

La inconformidad de los psiquiatras no se expresa con el tratamiento del proyecto de ley por parte del Poder Legislativo, dado que el representante de la SPU citado por *La Diaria*, Sibils, evalúa el proyecto de forma positiva: 9) «en términos generales el proyecto es bueno, sólido, flexible y permitiría avanzar» («A medio camino», 2016, § 5). Sin embargo, hay inconformidad por parte de psiquiatras que se expresan en *El País* en cuanto a la falta de asunción de un rol protagónico del MSP como institución del Poder Ejecutivo encargada de generar los cambios necesarios en salud mental: 10) «Ausencia de liderazgo del Ministerio de Salud Pública» (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 12); 11) «inexistencia de dirección estratégica en las políticas de salud mental» (Acuña y Sánchez en «La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 12). La crítica a la falta de conducción

política en salud mental, para la cual el MSP pasa a ser el organismo al que se le atribuyen las responsabilidades, es un síntoma de una sociedad que necesita el empuje estatal para hacer cambios que, en este caso, refieren al Poder Ejecutivo en particular.

Un tercer aspecto que aparece en el discurso de profesionales de salud mental en *La Diaria* y *El País* es la marginalidad, no como hecho natural, sino producido. Acuña y Sánchez, en *El País* («La deuda que», 2015), advierten sobre la marginación de la salud mental: 12) «la salud mental prosiguió su histórica marginación» («La deuda que», 2015, «diagnóstico», § 3). El psiquiatra y presidente de la SPU refiere a las condiciones de marginalidad reproducidas en las colonias Etchepare y Santín C. Rossi a *El País*, dado que, a su entender, las colonias no rehabilitan a nadie.

13) Hay situaciones lamentables. El paciente que murió por el camión entró a los 19 años y murió a los 63. No hay ningún delito que tenga esa condena. En las Colonias no se puede rehabilitar a nadie. Se tiene que rehabilitar en la comunidad (Sibils en «La salud mental», 2016, «¿rehabilitar y», § 10).

14) «A lo largo de la historia de las colonias no ha habido proyectos de rehabilitación exitosos» (Sibils en «La salud mental», 2016, «¿rehabilitar y», § 10).

Las dificultades a las que los dispositivos asilares se enfrentan para generar procesos de integración de los usuarios en la comunidad forman parte de las acciones políticas que deben buscar cambiar el modelo de atención vigente y las relaciones sociales que lo fundamentan.

El ministro de Salud Pública y médico sostiene en *La Diaria* un cambio de paradigma de la atención en salud mental para terminar con el confinamiento de los pacientes:

15) el accionar terapéutico habilita a que los pacientes puedan mantenerse fuera de los hospitales salvo en períodos de crisis aguda», y que eso «significa cambiar el paradigma de atención resolviéndolo de otra manera y no solamente confinando [al paciente] fuera de la sociedad (Basso en Muñoz, 2015d, «más cerca», § 3).

Apuntar la mirada hacia aquellos que se encuentran en condiciones de desigualdad por una institucionalidad vigente y no por situaciones *naturales* hace posible problematizar los mecanismos que constituyen los márgenes. Partiendo del supuesto de una realidad contingente y no necesaria, los *confinados* —o aquellos que están «fuera de la sociedad» (Basso en Muñoz, 2015d, «más cerca», § 3)— pueden dejar de estarlo.

Las marcas intertextuales, como la violencia y la marginación presente en los procesos de atención en salud mental, dan cuenta de un discurso social

en el que la izquierda y su postura inconforme con el régimen vigente en las terapéuticas en salud mental ofician de acerbo crítico con orígenes y geografías variados. A continuación, se presentan algunos rastros del discurso social que relaciona la izquierda con el cambio de paradigma en salud mental. Ya desde la escena de Pinel liberando a los enfermos del cepo (Foucault, 2005) tenemos una de las escenas que fundan la psiquiatría en los marcos de la Revolución Francesa. En ese momento, surge un discurso que conecta el cambio político con la fundación de una relación terapéutica, lo que constituye de manera simbólica un cambio en los dominios de lo existente a nivel del discurso social. Queda establecida la representación del sujeto como aquello que debe establecerse como objeto de una intervención médica y no solo una intervención penal.

En el contexto de una institucionalidad vigente fundada en el poder de soberanía,<sup>128</sup> en el que los mecanismos de exclusión son poco rentables para sostener el régimen de producción, se disponen nuevos regímenes de visibilidad sobre los *liberados* como objetos disciplinares. Esto permite que emerja un discurso social que cuestione las relaciones de sometimiento signadas por la violencia. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 tiene su correlato en «Pinel en Bicetre, cuando entra en 1792 a las celdas y saca las cadenas a tal o cual enfermo que estaba encerrado y encadenado desde hacía semanas o meses» (Foucault, 2005, p. 41).

El discurso social de los derechos en nuestro país y en relación con la atención en salud mental fue, junto con la creación de las colonias para alienados desde 1912, un intento de generar un espacio de atención en salud mental que garantizara los derechos de los enfermos mentales. Este movimiento, que se basaba en una idea novedosa para la época, como la creación de una colonia agrícola según Casarotti (2007), fue la primera forma de atención al estilo de comunidad terapéutica en el país y estaba asociada a la creación de «hogares protegidos» (p. 155). Durante la segunda presidencia de José Batlle y Ordóñez (1911-1915), etapa que caracterizó al Uruguay por reformas de distinta índole, «reforma social, económica y moral» (Broquetas, 2015, p. 33), se crea un espacio de atención en salud mental. Sostenemos que en este período existe una impronta de reformas basadas en la justicia social y la igualdad que marcarán al Uruguay y a la administración pública.<sup>129</sup> Si bien es cuestionable asociar a Batlle y Ordóñez con la izquierda, adoptamos la idea de Jorge Buscio (2004) de describir su perspectiva como de izquierda liberal, al igual que Krause y Kant:

Izquierda por sus avanzadas concepciones políticas y sociales. Liberal, entre otras razones, porque la necesaria actuación del Estado para poder

128 Sobre esta expresión foucaultiana ver el capítulo de análisis de *El País*.

129 Para profundizar en este tema ver Caetano (2015).

resolver los problemas que no se solucionan por el libre juego de las fuerzas del mercado, no los lleva a perder de vista que allí donde funcionan condiciones de competitividad debe dejarse actuar libremente a los agentes económicos (p. 8).

Al otro lado del Atlántico, en Italia y Francia para ser más precisos, hay movimientos con mayor o menor influencia en los gobiernos de turno, que problematizan las relaciones terapéuticas vigentes en los sistemas de atención en salud mental a lo largo del siglo xx.<sup>130</sup>

El psicólogo uruguayo Agustín Cano (2013) menciona que la Ley Basaglia, aprobada en 1978, inauguró un proceso de reforma en el sistema de salud mental italiano. Entre algunos de sus aspectos estaba el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos y la apertura de salas en hospitales generales para internaciones breves o centros de salud. Si bien las repercusiones de este cambio legal tuvieron distintas consecuencias en las distintas zonas de Italia, Cano (2013) se centra en explicar las repercusiones en Trieste y algunas de las condiciones de posibilidad de la transformación del sistema italiano de salud mental. Esta transformación se analiza como la victoria de la psiquiatría democrática liderada por Franco Basaglia. También da cuenta de que la psiquiatría democrática deviene movimiento, debido a los vínculos de Basaglia con el partido comunista italiano.

Franco Basaglia, miembro del Partido Comunista Italiano, además de un médico psiquiatra era un avezado pensador marxista-gramsciano, con vocación por la militancia social. Asumía su práctica médica como acción política. De ese modo concebir y formular, no solo una crítica sistemática (teórica, filosófica, terapéutica, política) al manicomio y a la psiquiatría autoritaria, sino también, y esto es su diferencial con otras experiencias, un movimiento político capaz de llevar adelante un programa alternativo. Es decir, al tiempo que formuló una crítica radical al manicomio (dimensión de oposición-negatividad), prefiguró en experiencias concretas una alternativa (dimensión de positividad), y luego estructuró un movimiento político acorde a su coyuntura histórico-social concreta, capaz de generalizar dicha alternativa y tornarla hegemónica, hasta lograr un triunfo en el plano superestructural (la Ley n.º 180/78) (p. 110).

En este sentido, vemos cómo la izquierda, en este caso de orientación marxista, nos ayuda a explicar los cambios en Italia a fines de los años setenta en cuanto a la atención en salud mental. La izquierda y su horizonte igualitario ofician de grilla para comprender estos hechos, dado que el vínculo

---

130 Vale aclarar que esto no es un análisis exhaustivo sobre los movimientos de izquierda y la salud mental, sino líneas de posibles encuentros.

«terapéutico» en el contexto manicomial entre el profesional de salud mental y el paciente no es más que una relación social.

En Francia, la Clínica La Borde, según Lisette Grebert (2013), «es una clínica psiquiátrica, definida como un espacio abierto de libre circulación» (p. 135). El espacio se constituye como un

proyecto abierto, productor de cuerpos deseantes y de procesos singulares de existencia. La Borde se construye entonces como interpelación directa a las acciones represoras de encierro y control de la psiquiatría tradicional y de las lógicas patologizantes clasificatorias de los sufrimientos de las personas. La propuesta clínica de la misma se alza como alternativa, o más precisamente, como diferencia/s en el tratamiento de la locura y la enfermedad mental (p. 132).

Existe una interpelación a la lógica de la atención *tradicional* que fue gestándose por medio de múltiples influencias dando cuenta de un «contexto sociohistórico políticamente intenso» (Grebert, 2013, p. 129). Según François Dosse (2009) la clínica La Borde se funda en Saint Alban (Lozère) luego de la Segunda Guerra Mundial. En ese hospital se llevan a cabo prácticas que atañen a la humanización del asilo. Si bien las influencias para la creación del proyecto La Borde son inabarcables, nos parece pertinente remarcar los rastros que involucran la experiencia de esta nueva forma de constituir un proyecto de vida con personas psicóticas, llamados *pensionistas* en el dispositivo labordiano, y la participación de militantes políticos que llegan escapando del franquismo, como el psiquiatra François Tosquelles. En su llegada al hospital, el psiquiatra y militante del Partido Obrero de Unificación Marxista (POUM), «cambia radicalmente los hábitos del hospital» (Dosse, 2009, p. 60). Tosquelles había estado como médico en el Instituto Pere Mata de Reus, cuya tradición tenía como eje de trabajo «la actividad en centros de lectura». Influenciado por la psiquiatría alemana que proponía una organización de servicios, en la que «conviene ocuparse tanto de la institución psiquiátrica como de los enfermos, estimulando las actividades laborales y creativas de toda la comunidad del hospital» (Dosse, 2009, p. 61), Tosquelles, el *psiquiatra rojo*, llega a Saint-Alban tras ser liberado del campo de refugiados españoles (Stepfonds),<sup>131</sup> en Francia por Paul Balvet. El hospital de Saint-Alban es centro de ediciones clandestinas y espacio de circulación de intelectuales comprometidos con la resistencia. Además, es un mojón fundamental y condición de posibilidad de lo que será La Borde (Dosse, 2009), ya que practica

---

131 Según Dosse (2009), «El lazo entre el hospital y la Resistencia era tan orgánico que el reclutamiento de los médicos internos mantenía una relación estrecha con las redes de la Resistencia local» (p. 61).

una psiquiatría inserta en tradiciones locales —geopsiquiatría—. <sup>132</sup> Al llegar a Saínt-Alban. Jean Oury se convierte en un integrante más de esta escuela de pensamiento. Oury está allí entre el 1947 y el 1949, cuando se traslada a Saumery (región de Loir-et-Cher), donde se queda hasta 1953. En la clínica privada de Source (en Saumery) se crea el equipo labordiano que funciona en el castillo de La Borde. En abril de 1953 se abre la clínica bajo tres principios organizadores del trabajo como *grupo terapéutico*:

- principio marxista-leninista de centralismo democrático, pertinente para la época: «preminencia del grupo de gestión»;
- principio comunista referido a que «cada uno debe ser capaz de pasar de trabajo manual al intelectual y viceversa», y
- principio antiburocrático, presente como eje en las orientaciones políticas libertarias, «una organización comunitaria para poner en común las responsabilidades, tareas y salarios» (Dosse, 2009, p 64).

La izquierda constituirá estos espacios que trascienden la atención en salud mental, aunque hacen posible el cuestionamiento a las relaciones terapéuticas de ese entonces en los servicios de atención en salud mental. La institucionalidad de los servicios pasa a ser cuestionada, la «psicoterapia institucional» se configura desde esta óptica: «La permeabilidad de los espacios, la libertad de circular, la crítica a los roles y de las clasificaciones profesionales, la plasticidad de las instituciones, la necesidad de un club terapéutico de los enfermos» (Dosse, 2009, p. 64).

Felix Guattari se instala en La Borde en 1955, interesado en la aventura intelectual que supone La Borde. El clima de inconformidad por el ejercicio del poder autoritario y violento en las instituciones que constituyen la sociedad civil pasa a ser objeto específico de críticas de los movimientos de izquierda. Valentín Galván García (2009), en «Los acontecimientos de mayo del 68 y la lucha antipsiquiatría», plantea una cuestión clave para entender la asociación entre la búsqueda de un cambio en los servicios de salud mental y un movimiento que podríamos definir como de izquierda. El movimiento de mayo refiere el autor, fue una forma que tuvieron los sujetos de tomar la palabra «para impugnar aspectos de orden social —hasta el momento— no cuestionados» (p. 177). Las relaciones del orden social instituido pasan a problematizarse en su realización más íntima, dentro de las que estaban las relaciones terapéuticas. Según Galván García (2009), estos movimientos sociales permitieron que obras como las de

---

<sup>132</sup> «En este ambiente de montaña, esto implica una práctica médica migrante que consiste en ir a buscar a los enfermos a sus domicilios, y en garantizar el seguimiento fuera del hospital después de la cura» (Dosse, 2009, p. 61).

Foucault<sup>133</sup> y Goffman tuvieran una importante recepción después del Mayo francés, así como la importancia de los aportes de Cooper para pensar la cuestión en términos de antipsiquiatría.

Después del Mayo francés, la situación de los pacientes, debido al trato autoritario de la práctica médica, quedó evidenciada como lugar de lucha política. Podríamos decir que la política no solo se expresaría en el enfrentamiento con el aparato estatal, sino también en el posicionamiento subjetivo al momento de reconocer a los otros.

Estos vínculos entre movimientos de izquierda e intelectuales relacionados a la salud mental tienen su expresión en Brasil. Cuando Félix Guattari viaja al país para entrevistar a quien en aquel entonces era un «joven candidato a gobernador del estado de São Paulo por el recién conformado Partido dos Trabalhadores (PT)» (Hessel y Guattari, 2018, p. 1): Luiz Inácio *Lula* da Silva.<sup>134</sup> El intelectual francés, como se muestra en la entrevista,<sup>135</sup> desde que viajó a Brasil por primera vez en 1979,<sup>136</sup> se interesa por la multiplicidad de actores sociales y colectivos que dan cuenta de una nueva izquierda: «campesinos sin tierra embanderando la reforma agraria, comunidades eclesíásticas de base, pueblos indígenas, colectivos lésbico-gay, obreros fabriles, artistas, intelectuales y militantes de la anti-psiquiatría» (Hessel y Guattari, 2018, «la micropolítica tropical», § 5).

Al recopilar una entrevista entre Eve Cloarec y Guattari en 1984, Dosse (2009) da cuenta de que la experiencia de La Borde fue, en un comienzo, para Guattari, una aventura de militancia intelectual más que una investigación sobre el «mundo de la psicosis» (p. 67). Sus intereses en la formación de una nueva práctica política —micropolítica— refieren a cómo vivir con otros, entre los cuales están los locos:

---

133 Galván García (2009) extrae las palabras de Foucault en relación con la recepción que tuvo su obra después de los acontecimientos del Mayo francés: «lo que yo había intentado hacer en este campo (se refiere a Historia de la locura) ha sido recibido con un gran silencio en la izquierda intelectual francesa. Y solamente alrededor del 68, superando la tradición marxista y pese al Partido Comunista, todas estas cuestiones han adquirido su significación política, con una intensidad que no había sospechado y que mostraba bien en qué medida mis anteriores libros eran todavía tímidos y confusos. Sin la apertura política realizada estos mismos años no habría tenido sin duda el valor de retomar el hilo de estos problemas y seguir mi investigación del lado de la penalidad, de las prisiones, de las disciplinas» (p. 178).

134 Presidente de Brasil entre el 1.º de enero de 2003 y el 1.º de enero de 2011, y nuevamente desde el 1.º de enero de 2023.

135 Entrevista del 1.º de setiembre de 1982.

136 En forma recurrente se vincula por medio de su antigua estudiante y desde entonces colaboradora Suely Rolnik.

En el dominio de la psiquiatría se ha buscado definir una política, una estrategia, una táctica al nivel de los hospitales psiquiátricos, de las instalaciones extrahospitalarias, de la relación entre quien cura y quien es curado, de la preparación profesional, de la utilización o de la modificación de las técnicas. Todo esto, en veinte años de antipsiquiatría, no dio en definitiva gran resultado y se tiene la sensación de girar en falso, de decir siempre las mismas cosas. Pero en cierto momento algo apareció, un nuevo personaje que no es el tradicional trabajador de salud mental: son personas como Tommasini en Parma o Deligny en Cévennes, que se plantean el problema de cómo se puede vivir con los locos y, más allá de cualquier actitud teórica o dogmática, experimentan una vida de ese tipo (Guattari, 1977, p. 35).

Se reformula la conceptualización de la salud mental no en términos de patologías individuales y desde un punto de vista meramente sanitario, sino como reconfiguración de las relaciones sociales. Vivir con otros es un problema político propio de toda relación social.

El psiquiatra argentino Raúl Camino (2011), que trabajó en la modalidad de comunidades terapéuticas como forma alternativa al hospital manicomial, cuenta cómo en las vísperas de la dictadura argentina estas se prohibieron. La prohibición de las comunidades terapéuticas en Argentina a comienzos de la dictadura tiene sus motivos en «que podían ser rojas. ¿Por qué? Por lo de comunidad, comunismo» (Camino en Cutuli, 2011, 44:47). La experiencia de las comunidades terapéuticas calificada como *transgresora* era un cuestionamiento «al sistema en la práctica». Según Wilbur Grimson (en Cutuli, 2011),

la psiquiatría oficial encarada por las asociaciones profesionales del Borda y el Moyano denunciaron la experiencia como transgresora, ahí aparecieron gente que se perjudicó con nuestra estadía que eran básicamente la asociación cooperadora manejada por algunos vecinos y las monjas del hospital que expoliaban a los pacientes. El aporte a la cooperadora tenía que ser previo a la admisión, era condición de internación. Nosotros eliminamos todo esto y nos peleábamos con las monjas, con todo el mundo (46:38).

Los ataques a la comunidad transgresora derivan en la persecución de algunos de los profesionales encargados de sostener estos espacios por sus vínculos con organizaciones de izquierda. En algunos casos, estos ataques son resistidos por pacientes, como la huelga de hambre de los pacientes en el Hospital José Estévez, cuando cesan a una profesional del equipo de salud mental porque su familia está relacionada con la izquierda (Grimson en Cutuli, 2011).

En el contexto uruguayo contemporáneo, el discurso público sobre el proyecto para cambiar la atención en salud mental desde una vía legal no es omiso a una memoria que actualiza la idea del cambio en la atención con la

izquierda, más allá de sus diferentes manifestaciones. En el debate parlamentario (Poder Legislativo, 2016), al aprobar en primera instancia el proyecto de ley de salud mental, la siguiente intervención de una senadora y médica ilustra el vínculo entre políticos de izquierda y el cambio en la atención en salud mental:

Debo confesar que durante el tratamiento de este proyecto de ley, en todo momento recordé a una persona muy especial en mi vida, alguien con quien aprendí a caminar siendo ya bastante más grande que cuando uno empieza a caminar de bebé. Me refiero a José Pedro Cardoso, segundo legislador socialista y primer senador socialista en el Parlamento uruguayo, que fue un hombre que, en su especialidad —era psiquiatra—, siempre tuvo la preocupación por el trato que recibían las personas enfermas. Galeano decía con relación a José Pedro Cardoso: «Es un ejemplo vivo, que no tenemos el derecho de olvidar ni por un ratito». Y en todo el proceso de discusión de esta iniciativa recordé la dedicación y las propuestas que siempre planteó a nivel legislativo (Xavier en Poder Legislativo, 2016, p. 190).

El primer parlamentario del Partido Socialista era psiquiatra y, tal como lo expresa la senadora, un psiquiatra preocupado por el trato a «las personas enfermas» (Xavier en Poder Legislativo, 2016, p. 190). Vemos que la asociación entre el vínculo del paciente y el profesional en la atención refiere a una preocupación proclive a la sensibilidad de la izquierda.

Entre el gesto de Pinel liberando a los locos, el entusiasmo humanista de algunos médicos en las primeras dos décadas del siglo xx en nuestro país, el peregrinaje de Oury con sus futuros pensionistas en la región de Loir-et-Cher, las relecturas del texto foucaultiano en las barricadas del Barrio Latino, los pacientes *haciendo calcito*<sup>137</sup> a los psiquiatras para trepar los muros de las comunidades terapéuticas escapando de los primeros embates de la dictadura argentina (Grimson en Cutuli, 2011), los viajes de Guattari a Brasil y los recuerdos de parlamentaria al aprobar el nuevo proyecto de ley en salud mental, hay marcas que acontecen en la historia. «Así como las flores se vuelven hacia el sol, de la misma forma, en virtud de un heliotropismo secreto, todo lo que ha acontecido se vuelve hacia el sol que surge en el cielo de la historia» (Benjamin, 2010, p. 61).

---

137 Expresión popular que refiere a cuando una persona, con los brazos y las palmas de las manos, oficia de escalón para que otra persona pueda trepar a un lugar que de otra forma le sería imposible.

## El cambio en salud mental: entre el lenguaje del mundo sanitario-penitenciario y el lenguaje del mundo comunitario

El cambio en el modelo de salud mental se expresó por medio de dos tendencias en el discurso profesional: un lenguaje compuesto por campos léxicos pertenecientes al mundo penitenciario y al mundo sanitario fusionados en la figura del hospital penitenciario y un lenguaje compuesto por selecciones léxicas pertenecientes a la comunidad y sus derivaciones. Sostenemos que ambas tendencias responden al problema de la seguridad, en el «sentido de proteger el interés colectivo contra los intereses individuales» (Foucault, 2016, pp. 85-86), como también a «proteger los intereses individuales contra todo lo que pueda aparecer, en relación con ellos, como una intrusión procedente del interés colectivo» (Foucault, 2016, p. 86). El hospital penitenciario se concibe, entonces, como forma de solucionar el peligro de los pacientes judiciales, que generan caos en manicomios, y la comunidad como forma de resguardar las libertades individuales de las personas, coartadas por las instituciones totales de salud mental.

### El lenguaje del hospital penitenciario

El segundo eje temático evoca un discurso social que relaciona el mundo sanitario-penitenciario con el comunitario (Bazerman, 2004). Vincula estas esferas sociales a través de referencias de actores que participan en ellas o de su discurso profesional. El derecho como disciplina con un léxico específico se presenta en ambos periódicos para caracterizar a las personas de las instituciones de salud mental. Según Bazerman (2004, p. 87), uno de los niveles de intertextualidad hace referencia a expresiones que en los textos evocan a mundos sociales particulares. En este sentido, la expresión *pacientes judiciales* se usa en *El País* y en *La Diaria* en el marco de la discusión de la Ley de Salud Mental. Idiarte Borda, en este contexto, es parafraseada por *El País*, donde afirma que: 1) «la atención de la salud mental de las personas privadas de libertad debe realizarse en una cárcel o en un centro penitenciario» («La mitad de», 2015, «sociedad de psiquiatría», § 2).

El mundo del derecho penal, los ítems léxicos como *centro penitenciario* y *pacientes judiciales* dan cuenta de una intertextualidad que también incluye a la atención en salud mental. *La Diaria* (Muñoz, 2015) parafrasea a un ministro de la scj en sus afirmaciones sobre la necesidad de un hospital penitenciario: 2) «Recordó que Uruguay tuvo un hospital penitenciario hasta que se cerró la cárcel de Punta Carreras, en 1986, y sostuvo que “funcionaba muy bien para todo el sistema de prisiones”» («hacia el hospital», § 3). También vemos una intertextualidad que toma fechas para construir un texto

de manera intertextual que afirme la necesidad de un hospital penitenciario. Según Bazerman (2004),<sup>138</sup> uno de los niveles de intertextualidad del discurso es aquel que se sostiene o apoya en fechas para constituirse, en este caso, las afirmaciones del profesional de la salud mental —abogado— que menciona lo sucedido en 1986 como elemento importante para construir un discurso. Tanto en la cita del psiquiatra y del abogado se observa un léxico proveniente del derecho penal, que forma parte del discurso del cambio en la atención en salud mental.

En alusión al mundo de la penalidad y criminalidad, la noticia de *El País* «Bacteria mata» (2015) otorga voz al ministro de Salud Pública, que usa los ítems léxicos *delito* y *hospital penitenciario*, para referirse a las personas que se encuentran en la sala 11 del hospital Vilardebó. El ítem léxico *sala 11* es un sostén (Bazerman, 2004) para el discurso que plantea la construcción de un hospital penitenciario como forma de solucionar los problemas con pacientes judicializados. Con relación a la sala 11 del hospital Vilardebó, el ministro de Salud Pública plantea: 3) «alberga un conjunto de personas que han cometido algún tipo de delito y están allí para que se identifique la eventual afección psiquiátrica que actuará como atenuante o agravante de su situación penal» (Basso en «Bacteria mata», 2015, «MSP confirma», § 2). La sala 11 oficia como protomodelo para un posible cambio en la atención en salud mental, dado que conjuga el plano delictivo con la atención psiquiátrica. Basso plantea la necesidad de mejorar la situación mediante un dispositivo con mayores posibilidades de atención: 4) «El hospital penitenciario “debe resolver este tipo de problemas”, señaló el ministro» («Bacteria mata», 2015, «MSP confirma», § 2).

En *La Diaria* también vemos esta conexión entre un mundo penitenciario («Un parche», 2015) y la atención en salud mental. El vínculo entre lo sanitario y lo penitenciario, a nuestro entender lo expresa el psicólogo Arbesún, parafraseado por *La Diaria*, cuando afirma que los arreglos en la ex Cárcel Central para alojar a pacientes que estaban en la sala 11 del Vilardebó son una *solución intermedia*:<sup>139</sup>

5) «la solución intermedia» que pudieron encontrar «lo más rápido posible». En ese sentido agregó que «por las condiciones mismas de la sala 11, las características especiales de seguridad que debe tener una sala de este tipo, se decidió montar esta pequeña sala que cubre las necesidades de los pacientes», en acuerdo con el Sistema de Atención Integral-Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL). Además, explicó que la «asistencia y atención» será responsabilidad del SAI-PPL y que el personal policial

138 Ver el capítulo sobre metodología para identificar el nivel 3 de intertextualidad planteado por el autor.

139 Unidad de Ingreso, Diagnóstico y Derivación de la zona metropolitana

«estará a la orden ante cualquier eventualidad», pero no dentro del sector. Actualmente en la sala 11 hay dos presos (en «Un parche», 2015, § 2).

Esa solución intermedia, según el psicólogo («Un parche», 2015), refiere al uso de frases referidas a la seguridad, tales como «personal policial “estará a la orden ante cualquier eventualidad”» (Arbesún en «Un parche», 2015, § 2). De este modo, se da cuenta, por un lado, del mundo penitenciario y, por otra parte, de un mundo sanitario que alude a la «asistencia y atención» (§ 2). En este sentido, hay una lógica resolutive que toma aspectos de lo sanitario y lo penitenciario al actuar «lo más rápido posible» (§ 2).

*El País* también se refiere a los traslados del hospital Vilardebó a la Cárcel Central con las palabras de la presidenta de ASSE: 6) «Ya están terminadas las obras en Cárcel Central, pero los reclusos de la sala 11 serán trasladados, seguramente, después de Fin de Año [sic]» (Muniz en «Del Vilardebó a», 2015, § 5).

La ligazón entre el hospital y la cárcel en la administración pública parece estar marcada por los tiempos a cumplir, que por los efectos que puede generar: «después de Fin de Año» (Muniz en «Del Vilardebó a», 2015, § 5), «lo más rápido posible» (Arbesún en «Un parche», 2015, § 2). En este sentido, Colistro y Santágata —abogado y psicólogo respectivamente—, del MNP, plantean, en el contexto de los traslados de los pacientes del hospital Vilardebó a la ex Cárcel Central, la inadecuación de los traslados:

7) Respecto de la construcción del sector en el que serán reclusos, dicen que «no parece la más adecuada», ya que se trata de personas proclives a conductas agresivas, intentos de suicidio, a provocar incendios, intentar fugarse y otras formas de ataque hacia el personal de salud y custodios («Un parche», 2015, § 3).

Si bien hay profesionales que cuestionan la creación de un servicio de atención en salud mental en un centro penitenciario, sus señalamientos van en el sentido de remarcar la peligrosidad de los pacientes judicializados. Los cuestionamientos de los técnicos que parten de la peligrosidad de las personas trasladadas se dirigen a pedir al centro penitenciario más medidas de atención y control: 8) «necesitaría de una dotación de personal tanto en lo asistencial como en la seguridad mayor que lo normal» (Colistro y Santágata en «Un parche», 2015, § 3).

La peligrosidad que los profesionales de la salud mental asocian con quienes residen en el manicomio es un tópico presente en *El País* a través de las palabras de Porciúncula de ASSE: 9) «hay internos peligrosos que fingen patologías para ser trasladados al manicomio» («Policía capturó», 2015, «los simuladores», § 1).

Las afirmaciones de autoridades y profesionales de la salud mental —de la medicina— que establecen la posibilidad de residencia en el manicomio de internos peligrosos, debido a acciones de simulación, refuerzan en los lectores del periódico las creencias que asocian la locura con la peligrosidad. Este nivel de intertextualidad (Bazerman, 2004) que reproduce el sentido común reafirma la peligrosidad de las personas que residen en los manicomios:

10) Obviamente (pasa) lo que en la jerga carcelaria a veces se conoce como una caída. Esto es la simulación de una patología psiquiátrica grave. Una persona que está con una condena hace un cuadro de símil delirio, grita que se quiere matar, o se pone a hablar con extraterrestres, o qué sé yo, o que no quiere comer... Y a veces es muy difícil discriminar, no hay aparatos para medir el grado de alteración mental. Esta situación se transforma en caótica y generalmente termina en que estos presos pasen al hospital psiquiátrico para su tratamiento. No hay otra alternativa posible hoy por hoy («Sindicato del Vilardebó», 2015, § 6).

Además de una intertextualidad que apela al sentido común y a los estereotipos que portan los lectores al asociar *manicomio* y *peligrosidad*, se establece la idea de que no hay posibilidades de diferenciar cuándo es una caída o un delirio. Por lo tanto, los lectores podrían concluir que encerrar a la gente en un centro penitenciario es la mejor opción.

*El País* consulta a jueces penales sobre la situación de pacientes judiciales: 11) «En ocasiones, personas imputables que están presas en una cárcel del Instituto Nacional de Rehabilitación, es común que sufran un brote psicótico, que se descompensan. ¿Qué hacemos? ¿Lo dejamos que se ahorque o ataque a reclusos o funcionarios?» («Jueces no tienen», 2016, § 3). En la construcción del discurso profesional sobre el cambio del modelo de atención en salud mental, se identifican marcas intertextuales que hacen de este cambio una oportunidad para solucionar el problema de los pacientes judiciales. El hospital judicial aparece como un dispositivo que relaciona al mundo sanitario con el penitenciario, presente en el léxico de los profesionales de salud mental tanto en *La Diaria* como *El País*.

A continuación, analizaremos la intertextualidad entre *La Diaria* y *El País* en el léxico comunitario de los profesionales de salud mental como parte de otra de las orientaciones que se propone el nuevo modelo de atención en términos discursivos. Un psiquiatra y autoridad de ASSE desde el 2015 menciona a *La Diaria* (Muñoz, 2015d) la orientación más punitivista del nuevo modelo de atención en salud mental con la creación del hospital judicial, así como la orientación comunitaria. En este sentido, la siguiente cita indirecta ilustra el aspecto comunitario y el aspecto punitivo del nuevo modelo de atención en salud mental:

12) la necesidad de aumentar la capacidad de atención de situaciones críticas en hospitales generales y la cantidad de casas de medio camino (ASSE tiene una en Treinta y Tres, otra en Lavalleja y dos en Montevideo). Comentó que se piensa en crear un hospital judicial, idea en la que están trabajando junto con el Ministerio del Interior (Porciúncula en Muñoz, 2015d, «más cerca», § 6).

## El lenguaje comunitario en salud mental

La abogada Judit Kakuk, en una actividad llamada «Presas, pobres y locas» en la INDDHH, dice: 13) «el encierro no cura» («En reclusión», 2017, § 3). Esa expresión, que parece evidente, marca un punto de ruptura con la lógica de la atención en salud mental hasta el momento. Según Barrán (1994), tal como hacíamos referencia en el capítulo 2, el encierro del enfermo a comienzos del siglo xx era parte de una terapéutica que consistía en poner al enfermo solo bajo los influjos del médico. El tratamiento debía tener la exclusividad de la conducción médica, dado que la familia podía ser un obstáculo de la sugestión médica o un eventual competidor. En este sentido, el dispositivo asilar cumplía la función de aislar al enfermo del ámbito familiar. Montalbán, parafraseado por *La Diaria* (Muñoz, 2016d) se remonta a los comienzos del siglo xx para dar cuenta de los elementos que funcionaban como determinantes en las internaciones:

14) 1912, año de creación de la colonia Etchepare: dijo que ya en ese momento se internaban personas no porque tuvieran patologías psiquiátricas, sino por una falta de recursos económicos y sociales. Mencionó a un asesor de la Organización Panamericana de la Salud que visitó Uruguay en 1966 y dijo que en los asilos no se podía hablar de terapéuticas y que la población allí no se curaba (Montalbán en Muñoz, 2016d, § 3).

Según el profesional de salud mental, a los asilos se llegaba por cuestiones sociales y económicas, por lo tanto, lo estrictamente sanitario deja de ser un requisito exclusivo para las internaciones. Por otra parte, la finalidad terapéutica sostenida por médicos a principios del novecientos (Barrán, 1994) pasa a cuestionarse por parte del psiquiatra utilizando como referencia al asesor de la ops,<sup>140</sup> quien visitó los servicios de atención en salud mental de Uruguay en 1966 y es una referencia que sirve de apoyo (Bazerman, 2004) para afirmar la falta de funcionalidad terapéutica que representa el asilo. Al igual que lo afirmado por la abogada en la nota «En reclusión» (2017), el

---

140 Pierre Chanoit según se indica en noticia de *La Diaria* (Muñoz, 2016c).

psiquiatra apoyado en la autoridad del asesor de OPS también sostiene que el asilo no cura.

*El País* también presenta, por medio de las palabras de profesionales y autoridades, el problema de la colonia Etchepare como centro de salud mental que genera hacinamiento en los enfermos psiquiátricos. El ministro de Salud Pública, parafraseado por *El País* («ASSE decidida», 2015), menciona la necesidad del cambio de modelo:

15) el nuevo proyecto de ley que aportará la cartera para cambiar el modo en que se atiende a pacientes psiquiátricos en Uruguay, terminará con problemas como los que se suceden en la colonia Etchepare. La idea del plan es terminar con el hacinamiento de los enfermos psiquiátricos, de manera que luego de que estos reciban un tratamiento de crisis, puedan volver a sus hogares (Basso en «ASSE decidida», 2015, «un cambio», § 1-2).

La vuelta de los enfermos psiquiátricos a sus hogares se relaciona con una de las orientaciones del nuevo modelo de atención en salud mental, que está en el proyecto de ley, según el ministro. Esto es parte de una atención en la comunidad fuera del manicomio, que involucraría a las familias, tal como menciona la médica y jefa de ASSE Muñiz. En la siguiente cita directa en *El País* se refiere a la importancia de las familias en el cambio de modelo:

16) Nos queda mucho por hacer en infraestructura, pero sobre todo tenemos que revisar el sistema de la atención a la salud mental. Hay que reducir los ingresos y mejorar los egresos, pero para eso necesitamos compromisos más amplios, como el de las familias (en «Piden más plazo», 2015, § 7).

Resulta novedoso que la familia aparece como actor central en lo propuesto como nueva forma de atención en salud mental, no para propiciar el movimiento de su exclusión como sostenían los médicos a principios del novecientos (Barrán, 1994), sino para buscar su participación en el tratamiento. Un psicólogo que trabaja con un grupo de usuarios egresados del hospital Vilardebó que están en un proyecto laboral es citado por *La Diaria* para dar cuenta de las ventajas terapéuticas de la vida en comunidad, así como la construcción de cosas propias por parte de usuarios de los servicios de salud mental: 17) «Aparte de vivir en comunidad, construir algo propio y en barro es terapéutico» (Garolfi en Pagola, 2015, «otra capacidad», § 3).

Siguiendo a Bazerman (2004), podemos afirmar un nivel de intertextualidad en la cita de la médica, que involucra ideas pertenecientes al sentido común de los lectores en relación con la necesidad de la familia en los cambios en la atención. La vuelta al hogar, como menciona el ministro de Salud Pública («ASSE decidida», 2015), también se entiende como el regreso a aquello que es familiar y, por lo tanto, conocido y propio (Pagola, 2015).

Por ese motivo, muestra otro nivel de intertextualidad (Bazerman, 2004) que refiere al mundo comunitario. Aunque es importante señalar que, tal como menciona el psicólogo (Pagola, 2015), lo propio es algo a construir y no algo que se encuentre *a priori*.

El psiquiatra y jerarca de ASSE a quien *El País* consulta sobre los cambios en el sistema de atención, Pociúncula, menciona algunos ejemplos como las casas de medio camino en algunos departamentos como Lavalleja y Treinta y Tres: 18) «en Lavalleja y Treinta y Tres hay casa de medio camino la idea es replicar esta modalidad “darle un empujoncito” de modo de conformar “atención comunitaria en red”» (en «La ley», 2016, «en práctica», § 9).

En el nuevo modelo de atención, la casa de medio camino como modalidad de lo comunitario y parte de la red de atención a profundizar reafirma la importancia de la familia de los pacientes al comienzo del proceso de atención:

19) El primer contacto del paciente será con un médico general de guardia, quien pondrá un plazo perentorio para que sea atendido por quienes considere necesario: psiquiatra, psicólogo o incluso un trabajador social. «¿Por qué así? Porque es en esas primeras horas que hay un 90 % de chances de que aparezcan los familiares», indicó Porciúncula. Eso permite evaluar problemas que puedan ocurrir en el entorno, como situaciones de maltrato o abuso, y proponer un tratamiento «personalizado». No se trata de tener psiquiatras en «cantidades industriales», sino de generar seguimiento de los casos a través de las herramientas disponibles en cada comunidad («La ley», 2016, «en práctica», § 10-11).

La comunidad en tanto selección léxica funciona como apoyo en un nivel de intertextualidad que incluye a *El País* y *La Diaria*. La comunidad se construye en lo discursivo como un espacio con recursos para atender a los usuarios de los servicios de salud mental: «generar seguimiento de los casos a través de las herramientas disponibles en cada comunidad» (Porciúncula en «La ley», 2016, «en práctica», § 11). En *La Diaria* (Muñoz, 2015g) se parafrasea a un médico del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) en el contexto de la muerte del paciente en la colonia Etchepare y se menciona su acuerdo con la SPU sobre la necesidad de una atención en la comunidad:

20) el SMU está «de acuerdo con la SPU en la necesidad del cierre de las colonias, en el sentido de limitar el ingreso de los pacientes», porque tienen que asistirse dentro de la comunidad y no en aislamiento, como sucede en las colonias (Grecco en Muñoz, 2015g, § 6).

La atención en la comunidad tiene cierto consenso dentro del discurso profesional, aunque el cierre de las colonias —reconocido como una

necesidad desde la muerte de paciente en la colonia Etchepare en marzo de 2015— fue relativizándose con el paso del tiempo. En *La Diaria*, a unos meses de la muerte en la Etchepare, Porciúncula plantea avanzar hacia una atención en la comunidad donde se cerrarían las colonias:

21) «apoyar el cambio de modelo en el camino de la deshospitalización, la desinstitucionalización y la desmanicomialización», explicó a *la diaria* [sic] Horacio Porciúncula, director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE. La estrategia de avanzar en la atención comunitaria en lugar de aislar a las personas con patologías psiquiátricas en grandes instituciones asilares —como lo son las colonias psiquiátricas y el hospital Vilardebó— había sido consensuada a la salida de la dictadura, en 1986, cuando se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental (Muñoz, 2015e, § 1).

Se trata de un nivel de intertextualidad que se apoya en 1968 y hace referencia a la salida de la dictadura para fundamentar la necesidad del cambio de modelo. La dictadura y el encierro al que fueron objeto parte de los integrantes de la sociedad uruguaya, se asocia al encierro que padecen las personas con problemas de salud mental. Debido a esto podemos inferir que se establece un consenso en cuanto al no encierro desde 1986, lo que se expresaría en el cambio de modelo: «en el camino de la deshospitalización, la desinstitucionalización y la desmanicomialización» (Porciúncula en Muñoz, 2015e, § 1). En cambio, la médica y presidenta de ASSE sobre planteaba a *El País* lo siguiente, a fines de 2015, respecto del cierre de las colonias:

22) «Si me preguntan si voy a cerrar las colonias y el Vilardebó, yo tengo que decir que no», reconoció Muñiz. Y explicó: «Es algo difícil de hacer. Tenemos pacientes que hoy son adultos mayores, pero que están allí desde niños. Hay uno que entró cuando tenía apenas siete años. Es muy difícil sacarlos de ese lugar y que no se desorienten. Entonces la idea es humanizar la atención con una red de estructuras de atención comunitaria y rehabilitación» (Muñiz en «Del Vilardebó a», 2015, «llamado», § 1).

El no cierre de las colonias y la atención comunitaria, en este sentido, son orientaciones que podrían funcionar en el nuevo modelo de atención en salud mental, según autoridad de ASSE.

En *La Diaria*, Montalbán presenta argumentos que dejan ver un cierto gradualismo sobre el cierre de las colonias a fines de 2015: 23) «El cierre no se hará de golpe: primero se crearán “estructuras alternativas que implican el desarrollo en comunidad de un sistema de dispositivos, algunos sanitarios, otros sociales y otros mixtos”» (Muñoz, 2015b, § 4).

A un año de lo sucedido en la Colonia Etchepare, *El País* cita al psiquiatra y director del MSP, que plantea la reforma de las colonias, no su cierre

físico. Las colonias se transformarían en hogares de rehabilitación: 24) «Las colonias como tales se cierran, eso no implica que el lugar físico se cierre, se tienen que transformar en hogares con una rehabilitación. No hay que plantear falsas oposiciones» (Montalbán en «La salud mental», 2016, «¿rehabilitar y», § 11). Por lo tanto, a medida que la muerte del paciente en Etchepare va quedando en el pasado, lo que empezó planteándose como un cierre de las colonias en la prensa escrita, termina relativizándose a una transformación en otros dispositivos.

Un médico y parlamentario citado por *La Diaria* (2017a) en la Cámara de Diputados, en el contexto de la aprobación del proyecto de ley en salud mental, dice que la futura Ley de Salud Mental tiene la posibilidad de 25) «promover un cambio histórico en el Uruguay», por el abordaje más comunitario al que se refiere el proyecto» (Gallo en Muñoz, 2017a, § 2). La comunidad —expresada a través de la familia, el hogar, las casas de medio camino y también el lugar en el que deben ocurrir los abordajes en salud mental— oficia de nuevo como espacio de intervención en salud mental. Por lo tanto, el radio de la política pública se amplía y configura cambios en el sistema de atención. Resulta necesaria, en este sentido, la pregunta sobre la omnipresencia de la comunidad en estos discursos, sin suponer que la comunidad sea un hecho dado o que se la descubre por medio del simple acto de enunciarla, sino en cómo es un soporte de un sistema de atención en salud mental debe construirse. No es una forma a recuperar, sino una emergencia contingente.

Castoriadis (1994), en debate con el Movimiento Antiutilitarista en las Ciencias Sociales (MAUSS),<sup>141</sup> plantea lo ilusorio de programar la creación de un entramado social. Una de las premisas del fundador del grupo político Socialismo o Barbarie se basa en la tendencia contemporánea que disuelve cierta cotidianidad barrial:

Cuando llegué a París en los años cuarenta, por ejemplo, todavía se celebraba el 14 de julio. Yo bailaba todas las noches en mi barrio, en la calle Falguiere. ¡Cada bistrot montaba su baile! Con su pequeña orquesta, el acordeonista y toda la gente del barrio; el 14 de julio comenzaba el 13 por la tarde y terminaba el 14, bien entrada la noche, comiendo bocadillos y bailando, sobre todo musette, pero después también la rumba, la samba, etc. Desde 1960 esto ya no existe. París ya no existe. Había barrios, ya no los hay. Entonces, ¿qué podemos hacer ahora? ¿vamos acaso a incorporar a un programa político la reconstitución de los barrios de París como pueblos urbanos con su 14 de julio, el tendero de la esquina y todo lo demás? Me entristece mucho la evolución de París —se trataba de una creación

141 Los participantes del MAUSS fueron Alain Caillé, Chantal Mouffe, Serge Latouche, Jacques Dewitte, Louis Baslé y Anne-Marie Fixot. *Reveu du Mauss* fue una revista interdisciplinaria de ciencias sociales fundada en 1981, con la participación de los intelectuales mencionados antes, entre otros.

informal auténtica de la sociedad, de algo que se encuentra actualmente arruinado...— [sic] Aunque podamos esperar que se recupere, y sin duda se recuperará bajo otras formas, sin embargo, no se puede hacer explícito en una discusión política, excepto para plantear la cuestión que usted plantea y constatar que, efectivamente, existe un problema (p. 50).

Si bien esta cita expresa el problema de la solidaridad como valor fundamental junto con la posibilidad de cuestionarnos para generar un proyecto político instituyente de la sociedad, el problema del filósofo se asemeja al error de presuponer la existencia de una forma ideal como el barrio o la comunidad, como aquello a recuperar. Es un movimiento que se ubica en el orden del mandato, pero lo más preocupante, tal vez, sea que desconoce la pugna de fuerzas emergentes, sea para su posible creación o para su desaparición. En este sentido, pareciera que estamos advertidos de algunos problemas del sistema de atención de salud mental, que, a su vez, nos marcan un cambio de época en relación con la salud mental en Uruguay. El encierro como lo que no cura y la necesidad de superarlo orienta la búsqueda de un modelo de atención que presenta ambigüedades e incertezas, aunque esto no impide la apuesta ética de generar espacios de atención que no repitan los errores del pasado.

Ahora nos adentraremos en la escena del drama social, intertextualidad que presenta controversias en la construcción de un relato-escena. Hablamos de *relato* debido a que utilizamos las palabras de los profesionales para imponer un sentido a lo sucedido en la Colonia Etchepare en marzo de 2015, y también usamos el ítem léxico *escena* porque concebimos que en toda escena se pone en cuestión el lugar de los participantes, como su influencia en el desenlace de la escena.

## La escena del drama social: La guerra por la vida humana

Identificamos en la muerte del paciente en la colonia Etchepare la producción de un texto que, desde lo intertextual, dibuja un drama social explicitado en *La Diaria* y *El País*. Según Bazerman (2004), uno de los niveles de intertextualidad «dibuja dramas sociales explícitos de los textos anteriores que se encuentran en discusión»<sup>142</sup> (p. 87). Hay puntos de vista diferentes sobre la situación acontecida en la colonia Etchepare por parte de los profesionales en salud mental. Estos, a su vez, generan controversia para los lectores de los periódicos. Creemos que hay dos elementos a destacar en este drama social: discursos profesionales que forman parte de la controvertida escena del drama social y sujetos que se constituyen en este drama social por medio de las acciones en el campo de la salud mental. Trabajaremos estas dos líneas de análisis basándonos en los aportes de Ema (2004) con el objetivo de explicitar los supuestos que se encuentran presentes en la acción política. Se trata de una acción política que emerge en la escena dramática de la colonia Etchepare y genera un cambio en la atención en salud mental expresado en la Ley n.º 19.529.

### Los discursos sobre la muerte en Etchepare

La situación de la colonia Etchepare en marzo de 2015 está impregnada de un lenguaje bélico que intertextualmente alude al mundo particular de la guerra (Bazerman; 2004, p. 87). En *El País* se encontraron las siguientes frases bélicas como: 1) «La bomba ya cayó y el desastre está hecho» (Porciúncula en «Ley protege a perros», 2015, § 8). Alude a la noticia de la muerte del paciente en la colonia Etchepare a través de opciones léxicas como *bomba* y *desastre*. Estas se relacionan con la siguiente frase del médico psiquiatra referida al ingreso en las colonias como un viaje sin retorno, situación similar a cuando se va a una guerra: 2) «Allí va la gente y es un viaje de no retorno, es un poco espeluznante» (Díaz del Peral en «Según la jueza», 2015, § 1).

*La Diaria* publica la perspectiva de la jueza encargada del caso de la muerte del paciente en la Etchepare refiriendo a la situación en la que se encuentran los pacientes en las colonias. La descripción de la jueza Granese da cuenta de un contexto de hostilidad: 3) «en situación de riesgo físico, mental y carentes de una protección integral de su salud física y absolutamente vulnerados en sus derechos» (Muñoz, 2015c, § 1).

En el acontecimiento de la colonia Etchepare, además del lenguaje bélico, se expresaron distintos ítems léxicos que constituyen mundos sociales particulares como el médico y el jurídico. El discurso médico constituido en un fuerte humanismo sentenció en *El País* que su principal objetivo es 4) «la preservación de la vida humana» (Porciúncula en «Ley protege a

142 En el original se lee: «draw explicit social dramas of prior texts engaged in discussion».

perros», 2015, «la vida humana», § 1). Preservar lo humano a como dé lugar implica que el psiquiatra y director de Salud Mental de ASSE diga a *El País*, según *La Diaria*, que se comunicará con el Poder Judicial 5) «para solicitar una anuencia y así poder extinguir la jauría de perros de la colonia» (Porciúncula en «De nunca acabar», 2015, § 3).

En *El País*, la noticia («Salud Mental», 2015) del pedido de Porciúncula marca la prioridad humana sobre lo animal: 6) «más allá que entendemos que los animales deben ser protegidos, los seres humanos más, sin duda» («Salud Mental», 2015, § 5). El discurso jurídico en *La Diaria* (Muñoz, 2015c), también desde una concepción humanista de la situación, denuncia la vulneración de lo humano, dado que, según Granese, hay una vulneración de los derechos humanos de los pacientes de la colonia Etchepare en tres de sus pabellones: 7) «se encuentran en situación de riesgo físico, mental y carentes de una protección integral de su salud física y absolutamente vulnerados en sus derechos humanos» (Granese en Muñoz, 2015c, § 1).

La INDDHH (en Muñoz, 2015c) menciona preocupación por la situación de internación y aislamiento de los pacientes. Tanto en el discurso de autoridades médicas, el discurso judicial y de instituciones afines deja ver una preocupación por la vida humana. La vulneración del sujeto humano, en este sentido, es lo que emerge en el discurso jurídico, acentuando un humanismo que no tolera la igualdad de condiciones en las que viven las personas y los animales. *El País* cita a funcionarios del Poder Judicial que constatan una relación de simetría entre pacientes y animales, que es sinónimo de vulneración de los derechos humanos: 8) «perros salvajes que conviven “en pie de igualdad” con los pacientes incluso dentro de los pabellones» (Oxandabarat en «Gobierno intimado», 2015, § 1).

El discurso médico, si bien comparte un fuerte contenido humanista para concebir la atención en salud mental al igual que el discurso jurídico, no fue homogéneo al momento de expresar su humanismo. En este sentido, el médico y jerarca de ASSE y el psiquiatra y director de las colonias expresan diferencias con el discurso jurídico sobre las condiciones en que viven los pacientes en las colonias. *El País* y *La Diaria* citan el 31 de marzo las palabras de Soto, que tiene diferencias con lo mencionado por el discurso jurídico sobre la vulneración de derechos en las colonias: 9) «No creo que se haya incurrido en violación de derechos humanos. Si ustedes visitan las colonias verán que los pacientes conviven, están en contacto con la naturaleza» («Conviven con la», 2015, § 2); 10) «No creo que se haya incurrido en violación a los derechos humanos; los pacientes habitan, conviven, están en contacto con la naturaleza, hay una escuela, un programa de asistencia externa» (Muñoz, 2015a, «las personas», § 1). La negación, en este sentido, polariza con el juicio jurídico sobre la situación en la colonia Etchepare y genera una situación de controversia sobre el hecho en términos intertextuales (Bazerman, 2004). En este caso, la negación sobre la vulneración de los derechos humanos da

cuenta de una puja entre visiones que expresan un drama social sobre las condiciones de los pacientes en Etchepare.

En el caso de *La Diaria*, también se citan las palabras del director y psiquiatra de las colonias, que relativiza el fallo de la jueza:

11) «Yo tengo una percepción de la cosa, pero nosotros vamos a hacer caso a lo que la señora jueza solicite. Vamos a realojarlos en alguna otra parte de las colonias». Reconoció que «hay cosas por hacer», pero expresó que depende del momento en que se mire: «De mañana es una cosa, de tarde es otra y de noche es otra, desde todo punto de vista; y a veces pasa que durante la higiene de los pisos, por ejemplo, en un lugar donde viven 40 personas —enfermos mentales— podés encontrarte con cosas, pero esa es la vida de las colonias» (Do Campo en Muñoz, 2015a, «las personas», § 2).

Esta situación también produce controversia entre las instituciones médicas como la Academia Nacional de Medicina (ANM) y el SMU. En *El País*, el médico legal que preside la ANM califica la asistencia en las colonias como aberrante: 12) «comportamientos aberrantes observados en el ámbito de la asistencia médica, en las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi» (Berro en «Diputada pide intervenir», 2015, «presión», § 7). La selección léxicas de *asistencia médica* focaliza su crítica en el mundo social particular de la medicina (Bazerman, 2004), que en esos días es objeto de reparos éticos en Uruguay por el episodio transcurrido en el Hospital de Clínicas.<sup>143</sup>

*La Diaria* (Muñoz, 2015g) cita de forma directa al presidente del SMU, que explica que el SMU, la SPU y el gremio de médicos de Etchepare entiende cierto cuestionamiento por parte de la ANM a su ética profesional: 13) «la ética y la idoneidad de los colegas que se desempeñan en particular en las colonias, los 77 médicos que ahí trabajan asistiendo a aproximadamente 1.000 pacientes» (Grecco en Muñoz, 2015g, § 4).

Las voces que se citan en ambos periódicos por parte de las instituciones médicas despiertan cierta polémica entre los lectores —entendiendo por *polémica* la instauración de un antagonismo concreto como el de *asistencia médica*—. Al decir de Schmitt (2018), «todos los conceptos, ideas y palabras poseen un sentido polémico; se formulan con vistas a un antagonismo concreto, están vinculados a una situación concreta cuya consecuencia última es una agrupación según amigos y enemigos» (p. 63). Ante la posibilidad de que surjan antagonismos y se constituya un hecho político<sup>144</sup> en el ámbito médico, ASSE reúne a las partes para aclarar malentendidos.

143 Hospital universitario de Uruguay en el que, durante los últimos turnos de guardias nocturnas, estudiantes hicieron festejos con un cadáver de la emergencia del hospital, según la noticia «Investigación en el Clínicas por fiesta de estudiantes con un cadáver» (2015).

144 Para Schmitt (2018), la constitución de la relación entre amigo-enemigo es el fundamento de lo político.

Esta escena dramática y controvertida para el discurso profesional permitió que emergiera un discurso jurídico y discursos médicos que, pese a sus diferencias, adjudican un supuesto humanista a sus prácticas. Este supuesto será objeto de análisis con el cometido de entender las acciones políticas llevadas a cabo después de lo sucedido en Etchepare.

## La acción política y la emergencia de un sujeto híbrido entre lo humano y lo animal

Partiendo de la premisa que afirma que el humanismo es un obstáculo para pensar la emergencia y los alcances de las acciones políticas contemporáneas, creemos que es un error identificar los cambios en la atención en salud mental expresados en la Ley n.º 19.529 desde la exclusividad del sujeto humano como agente productor de acciones. Esta concepción humanista tan presente en el discurso de la medicina y el derecho reduce los planos que se ponen en juego para pensar las acciones políticas llevadas a cabo.

Según José Enrique Ema (2004), en la actualidad estamos atravesados por las diferencias o desacuerdos en torno a la acción política. Las viabilidades de las acciones políticas, sus formas y alcances es un campo de estudio en sí mismo para las ciencias sociales. En nuestro caso, el problema oscila en el sujeto humanista que se presenta como el encargado en llevar a cabo la acción de cambiar la atención en salud mental. En el caso del discurso médico, al igual que el jurídico, tal como emergen en la escena del drama social trabajada antes, vemos la vigencia de los presupuestos modernos:

los presupuestos modernos que sostienen la acción política emancipadora en la figura de un sujeto humano transparente, autónomo y racional, que sería origen y fuente del conocimiento y la transformación de mundo; es decir, lo que de manera un tanto apresurada podemos denominar como el Humanismo y Racionalismo modernos (Ema, 2004, p. 2).

El caso de la colonia Etchepare evidenció que el hombre como fundamento último, la causa primera y exclusiva para tomar la decisión de llevar a cabo un cambio de atención en salud mental está cuestionado. La importancia de los perros en la constitución de los movimientos llevados a cabo para el cambio de Ley de Salud Mental y, por ende, el cambio en la atención, parece no emerger en un contexto de sujetos racionales que se proponen un cambio, sino en la articulación de elementos no exclusivamente humanos. Los animales en la colonia Etchepare, en particular los perros, fueron protagonistas de los discursos de los profesionales de salud mental, que también eran autoridades de la administración pública en salud. Sea con el fin de pedir su extinción («Ley protege a», 2015) o por el asombro jurídico por

la convivencia en igualdad entre perros-pacientes («Gobierno intimado a», 2015), ejemplifica que el hombre como fundamento universal de la institucionalidad vigente sufre una herida en su supuesta esencia. Los argumentos, que denunciaban la situación más allá de sus buenas intenciones, dan cuenta de la ausencia de un sujeto universal, el sujeto universal del derecho, portador de derechos inalienables: «Este sujeto ha sido cuestionado, al menos, a partir de la proliferación de demandas políticas particulares en nombre de algún tipo de diferencia que no se reconoce en la supuesta naturaleza universal de un sujeto humano único» (Ema, 2004, p. 3). En el caso Etchepare, el cuestionamiento es en acto, de la forma más desgarradora y teniendo a los perros como principales emergentes. Con esto no buscamos justificar el hecho, ni mucho menos considerarlo como necesario —imposible de evitar—, sino dar cuenta de la ausencia de garantías legales e institucionales que sostengan por sí mismas lo que sucede en un servicio de atención en salud mental —colonia Etchepare—.

Compartimos el diagnóstico de Ema (2004) en tanto vemos la centralidad de lo humano por sobre lo animal y las otras dicotomías modernas que no nos permiten dar cuenta del sujeto que constituye los cambios en la atención en salud mental, dado que este no preexiste a las acciones y no tiene una esencia humana:

Hoy nuestra vida cotidiana está estrechamente relacionada con lo no humano (al menos, lo animal y lo tecnológico) hasta el punto de que la promiscuidad de estas relaciones ha producido entidades híbridas irreconocibles en ninguna categoría pura (Haraway, 1995). Y esta subversión de algunas dicotomías modernas (social vs. natural, natural vs. artificial) ha permitido mostrar la dificultad de entender la acción como la producción de un humano (individuo o colectivo) que sería su único origen y fuente (Pickering, 1995; Latour, 1993, 2001). Lo que llamamos acción puede ser visto como producción debida a la articulación entre entidades muy diversas (humanas y no humanas) (p. 3).

La articulación para constituir una acción es prioritaria, una acción en la emergencia misma, no aquella que se encuentra pensada por un sujeto preexistente. La idea de profesionales de la salud mental portadores de una idea de cambio de la atención en salud mental que llevan a cabo acciones es discutible a la luz de los hechos transcurridos en la colonia Etchepare. Entre lo humano-animal comenzaron a surgir discursos sobre un cambio en salud mental. Un psiquiatra y director de ASSE parafraseado por *La Diaria* (Muñoz, 2015j) dice:

14) el cumplimiento de la sentencia judicial —la erradicación de perros, la redistribución de los pacientes de los pabellones 29 y 30, el intento por

mejorar la situación del pabellón de seguridad— y anunció que tal como lo dispuso la jueza, se formará una comisión integrada por ASSE, la Comisión de Zoonosis, la Intendencia de San José, la Facultad de Veterinaria de la Universidad de la República y organizaciones protectoras de animales para controlar si hay nuevos perros (Porciúncula en Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 1).

El discurso judicial, los perros, los pacientes, las instituciones del Estado, la Universidad de la República y las organizaciones protectoras de animales dan cuenta de una trama relacional que desjerarquiza la idea de que existe una instancia fundamental y única encargada de regular la situación a la que están sujetos los pacientes de las colonias. La concepción de un sujeto híbrido se compone en términos relacionales e inmanentes para Ema (2004), a partir de una acción política que es «producto de relaciones y responsabilidades compartidas» (p. 10).

Ema (2004) sostiene que una politización radical es aquella que parte del sujeto constituido en consecuencia de la propia acción, en la que el sujeto es un territorio o una posición, producido en la emergencia de distintos elementos heterogéneos. El esquema invierte el sentido clásico de pensar al sujeto y la acción política.

Si partimos de la acción para explicar la existencia de un sujeto, en nuestros casos el sujeto constituido y productor de los cambios de abordajes en salud mental, que tiene como uno de sus efectos los artículos 37 y 38 de la Ley n.º 19.529, debemos dirigirnos a darle un lugar central a la acción. Sin embargo, se debe considerar la salvedad planteada por Ema (2004):

En nuestra opinión, la acción no puede ser entendida como el despliegue de ningún tipo de racionalidad última (ni la que procuraría una estructura cerrada, ni la que se produciría desde un sujeto completamente autónomo), sino como el anudamiento en un acontecimiento de condiciones de posibilidad (trasfondo) que abrirían nuevas condiciones de posibilidad. Es decir, del paso de un escenario de condiciones de posibilidad a otro (p. 4).

En el caso de la colonia Etchepare, lo mencionado por Ema (2004) se expresa de una forma desgarradora y contradictoria, dado que, al producirse una muerte, se generan posibilidades de otro discurso sobre la atención en salud mental que refiere a otras existencias fuera de los manicomios. Porciúncula, refiriéndose al modelo de atención que funciona en las colonias días después de la muerte de paciente, dice: 15) «Esta es la oportunidad de hacer un cambio radical; que no haya muerto en vano el señor que lamentablemente los perros mordieron, que sirva para decir un antes y un después» (Muñoz, 2015j, § 1); 16) «Que estas muertes no resulten en vano, que nos den la fuerza necesaria para generar más cambios» (Muñoz, 2015j, «hacia las alternativas», § 5).

La omnipresencia de las relaciones de fuerza, violencia, poder y dominación en algunos casos genera significaciones y resignificaciones que constituyen a la acción política expresada como oportunidad y motor de la acción subversiva o como tragedia: 1) «bomba cayó y el desastre está hecho» (Porciúncula en «Ley protege a perros», 2015, § 8). Concebir esta escena del drama social en términos de relaciones de fuerzas contingentes que critican el fundamento humanista de la acción política no van en deterioro de quienes reclaman derechos.<sup>145</sup> El acontecimiento de la colonia Etchepare generó acciones que, si bien se articulan con un colectivo que demanda cambios en la atención, no pueden ser entendidas solo desde este colectivo:

Sin duda la herencia moderna nos ha dejado un lugar prioritario para pensar en esta noción de responsabilidad: el que ocupa el sujeto humano. Alrededor de este lugar se ha tejido una red densa de conexiones políticas, éticas, epistemológicas y ontológicas que no debemos abandonar como un todo. Lo cierto es que a principios del siglo XXI este lugar prioritario reservado para el sujeto moderno es un lugar cuestionado (Ema, 2004, pp. 8-9).

Responsabilidades que no se pueden eludir por parte de quienes están a cargo de la gestión pública de los servicios de salud mental, pero que invitan a pensar la debilidad de sostener a los sujetos como racionalidades autónomas. En otras palabras, es imposible planificar un proyecto racional que necesariamente respete los estándares internacionales de derechos humanos, debido a que no existe un sujeto humano, universal y autónomo, portador y objeto de este proyecto. Existe un campo de fuerzas híbrido entre lo humano y lo animal, lo singular y lo particular, donde transcurren la vida y la muerte, que se sostiene en prácticas materiales y semióticas concretas. Estar advertidos sobre este campo de fuerzas sin exterioridades y con articulaciones heterogéneas no nos permite estar exentos de responsabilidades.

Tal como plantea Ema (2004), las interconexiones y las mediaciones deben radicalizarse como punto de partida para generar acciones que modifiquen las relaciones vigentes. El humanismo de los siglos anteriores no nos sirve como fundamento ni como teleología para evitar la guerra entre humanos y animales, sino que, en algunos casos, justifica que unos arrasen sobre otros. Foucault (1994) advierte sobre la docilidad e inconsistencia de la temática humanista como eje de reflexión: «Hubo tiempo en el que se respaldaron los valores humanistas representados por el nacionalsocialismo, y en el que los mismos estalinistas decían que eran humanistas» (p. 13).

---

145 En algunos casos, estas posiciones necesitan del reconocimiento social para desarrollar una acción política.

## Un modo de gobierno a través de la garantía de derechos o desde la concepción de *trastorno*

En esta sección identificamos tópicos comunes en *El País* y *La Diaria* a los que hacen referencia los profesionales de salud mental cuando tienen que indicar el objeto de sus intervenciones terapéuticas. Las formas de concebir las relaciones terapéuticas en los modelos de atención en salud mental configuran un arte de gobierno del discurso profesional que entiende a la relación terapéutica desde una concepción de derechos o desde una concepción del trastorno mental. A continuación, mostraremos cómo se expresan en el discurso profesional estas dos concepciones que forman parte de un arte de gobierno en los servicios de atención en salud mental.

### Atención en salud mental desde una perspectiva de derechos

La estrategia de gobernar por medio del derecho, entendiendo *gobierno* en términos generales —como conducir conductas (Foucault, 2006)—, se identifica en el énfasis otorgado a los derechos humanos en el discurso profesional. El discurso profesional afirma la necesidad de la perspectiva de derechos en el nuevo modelo de atención en salud mental o, en su defecto, para marcar la vulneración de derechos que promueve la lógica asilar. El reconocimiento de los derechos humanos o su vulneración son un eje central para el discurso profesional.

En *El País*, un psiquiatra plantea la necesidad de un cambio en el modelo de atención y declara que es grave que hasta el momento no se haya efectuado cambios, dado que se ven afectados los derechos de los pacientes: 1) «el cambio sugerido reside en los derechos humanos de los pacientes» (Acuña en «La deuda que», 2015, «¿regresión en», § 2).

El gobierno de las personas usuarias de los servicios de salud mental se rige desde el reconocimiento de sus derechos y en ese sentido, se plantean orientar las acciones. Desde el discurso de la jueza, encargada del caso de la muerte en la colonia Etchepare, se señala la vulneración de los derechos humanos de los residentes de la colonia. En este caso, los derechos humanos operan como grilla normativa que es transgredida por la institución de salud mental: 2) «los pacientes de los pabellones 24, 29 y 30, que “son los que se encuentran en situación de riesgo físico, mental y carentes de una protección integral de su salud física y absolutamente vulnerados en sus derechos humanos”» (Granese en «Pacientes desprotegidos», 2015, § 10).

Los derechos humanos, en tanto lentes para identificar las omisiones del Estado hacia sus ciudadanos y las fallas de la política pública llevada a cabo en salud mental, conservan la potencialidad de señalar a un Estado cuando omite sus obligaciones con los ciudadanos, que consisten en garantizar

oportunidades para que ellos puedan llevar una vida digna. Sin embargo, la búsqueda de cierto equilibrio en cuanto a los límites de intervención del Estado en la conducción de conductas es un problema.

¿El caso Etchepare constituye cierta falla estatal en los controles del Estado? Podríamos admitir, al igual que la jueza, la ausencia estatal por falta de mecanismos de control en la colonia Etchepare. En el entendido de que el Estado no es una esencia (Gordon, 2015), sino el efecto de relaciones de poder que estatizan su presencia, el discurso de los derechos sostenidos por algunos profesionales marca la necesidad de otra forma de gobierno en las instituciones de salud mental: 3) «No creo que se haya incurrido en violación a los derechos humanos; los pacientes habitan, conviven, están en contacto con la naturaleza, hay una escuela, un programa de asistencia externa» (Soto en Muñoz, 2015a, «las personas», § 1). El médico y jerarca de ASSE responde a lo afirmado por la jueza (Muñoz, 2015a), identificando una forma de ejercicio del gobierno estatal que no contempla la vulneración de derechos desde la falta de oportunidades, sino solo desde el aspecto coercitivo. En las colonias no se restringe la realización de conductas por parte de los pacientes, sino que estos están en contacto con la naturaleza. La idea de *derechos* que se constituye únicamente desde una libertad de preferencia negativa, implícita en los dichos de autoridad de ASSE en *La Diaria*, se reafirma en *El País* ante la imposibilidad de generar otras condiciones de alojamiento por parte de la política pública para los pacientes judiciales de la colonia Etchepare. 4) «No hay otro lugar donde trasladarlos, son pacientes judiciales, entonces no es tan fácil» (Soto en «Reformas en el», 2015, § 1).

La dificultad con los pacientes judiciales, como veíamos en capítulos anteriores, fue un tópico presente que convivía con el problema de la dificultad de diferenciar pacientes judiciales de los no judiciales. Días antes de estas palabras del médico, en el mismo periódico aparece una nota que en uno de sus títulos dice «Adicciones y situación de calle» («Inician traslado», 2015). En esta nota, la SPU plantea que las personas en situación de calle, pacientes judiciales y personas con problemas de adicciones no estén en el mismo lugar que los pacientes del Programa de Salud Mental de ASSE.

La falta de generación de condiciones para pacientes judiciales se inscribe en esta política de vulneración de derechos, que los concibe desde la libertad social o institucional. Una libertad social que es posible siempre y cuando exista un diseño institucional que dé lugar a oportunidades para los pacientes judiciales. Por lo tanto, podemos identificar cómo, por medio del lenguaje de los derechos, profesionales de la salud mental plantean una tecnología de gobierno. Esta puede configurarse concibiendo la libertad en términos negativos o en términos sociales.

En *La Diaria*, el ministro de Salud Pública afirma sobre la nueva atención en salud mental: 5) «Estamos hablando de una política basada en derechos humanos y en la atención integral a la salud mental» (Basso en «Llegó

el momento», 2015, § 6). Con relación a la integralidad en salud mental, los derechos aparecen como elementos fundamentales en el discurso de director del MSP:

6) Parte de esa integralidad es contemplar no solo el derecho a la salud, sino también los derechos civiles, sociales y económicos de las personas, así como las facetas necesarias para la reinserción: el acceso al trabajo, la vivienda, la educación y la cultura, enumeró (Montalbán en Muñoz, 2015k, § 5).

Las conductas que involucran la cotidianidad de las personas en el trabajo, la vivienda y la educación forman parte de una política de inserción social que es posible a través de acciones positivas del Estado. La atención en salud mental, por lo tanto, involucra los derechos humanos y las prácticas estatales y es posible por medio de una libertad en términos sociales.

Un modo de conducir las conductas de la población se juega en el nuevo modelo de atención en salud mental. Además del discurso de los derechos sostenido por los profesionales en cuanto al cambio en la atención, aparece la noción de *trastorno mental* como elemento a tener en cuenta en el discurso médico. Esto último es un aspecto central al para identificar el cambio en la atención con la constitución de una determinada forma de gobierno dirigida a la población.

## Atención en salud mental desde la perspectiva del trastorno mental

Semanas antes de la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental, *El País* recoge las palabras de un médico y parlamentario uruguayo sobre las diferencias en el proyecto de ley. Uno de los puntos de discusión es el término *trastorno mental*: 7) «las mayores discusiones fueron conceptuales, en especial si hablar de trastorno mental es estigmatizante o no» (Gallo en «En ocho años», 2017, § 6).

El término *trastorno mental* suscitó diferencias que, en lo intertextual, podemos ubicar en situación de bipolaridad, según plantea Acuña, parafraseado por *La Diaria*: 8) «A su entender, hay una “situación de bipolaridad entre el modelo médico clásico, al que se ve como avasallador de los derechos de las personas”, y la idea de que “todo el mundo puede opinar sobre la enfermedad mental”» (en Muñoz, 2015k, «otro modelo», § 5). Resulta significativo que los derechos humanos, según el modelo bipolar diagnosticado por parte del psiquiatra a *La Diaria*, pasa a contraponerse con el modelo médico clásico. Los derechos se ubicarían en contraposición al modelo médico clásico, dado que este último se encargaría de avasallarlos. Si bien el psiquiatra plantea que este diagnóstico es erróneo, debido a que se sustenta en la «idea de que “todo el mundo puede opinar sobre la enfermedad mental”» (Acuña en Muñoz, 2015k, «otro modelo», § 5), es parte de las tensiones

que expresó el discurso profesional en cuanto a los problemas del nuevo modelo de atención. Los profesionales de la psicología, por su parte, sostienen que el trastorno mental responde a un enfoque médico que no garantiza la no vulneración de derechos:

9) Parecería que la disciplina psiquiátrica reclama para sí todo el saber sobre el tema —prosigue— este proyecto ratifica una línea médica —biologista y psiquiatrizante— de que las personas tienen trastornos mentales por causas personales, individuales y biológicas, y que no tienen nada que ver con lo social... Son personas usuarias de servicios de salud mental a las que les pasan muchas cosas: estamos preocupados por nuestros niños, tenemos problemas familiares, no nos alcanza el sueldo, nos quedamos sin vivienda; no tenemos un trastorno mental. ¿Eso es causa de un trastorno mental? No, es causa de una afectación que tenemos en tanto personas, habitantes de un país donde las cosas todavía tienen una gran dosis de injusticia en los aspectos sociales (Scapusio en Muñoz, 2017d, § 2).

Identificar a las personas como *trastornadas*, para el psicólogo, da cuenta de una perspectiva de gobierno en la que la psiquiatría se adjudica un saber para conducir situaciones sociales y políticas además de fenómenos médicos o meramente biológicos.

Dos meses después, al aprobarse el proyecto de ley en la Comisión de Salud de Diputados, Giordano reafirmaba el enfoque sanitario y médico sobre la atención en salud mental: 10) «el articulado tiene “un enfoque y una lectura del padecimiento psíquico pura y exclusivamente sanitarista”, definido solo por la psiquiatría» («Proyecto de ley», 2017, § 2).

La contraposición entre derechos y la lógica manicomial relacionada al modelo médico clásico —en el que se encuentra la psiquiatría— se instaura como territorio de polarización, tal como afirma el psiquiatra (Muñoz, 2015k). En este sentido, la psicóloga expresa que, con la aprobación del proyecto de ley, es posible reproducir una lógica manicomial-sanitarista en salud mental:

11) con estas contradicciones e incongruencias que tiene la ley, es muy difícil pensar que no vamos a seguir reproduciendo la lógica manicomial, que no vamos a seguir reproduciendo solamente el abordaje más sanitarista de la salud mental, que las violaciones a los derechos humanos desaparecerán cuanto antes; es difícil poder visualizarlo (Giordano en «Proyecto de ley», 2017, § 3).

La lógica manicomial, según el discurso psicológico, se relaciona con un abordaje en salud mental exclusivamente sanitario. En el contexto del cambio de ley esto se indica en el uso de *trastorno mental* como término relacionado

a la psiquiatría. Esta denominación hacia aquellos que pueden ser atendidos en los servicios de salud mental establece, además de un campo como propio de la psiquiatría según el relato de psicólogos, una forma de gobierno hacia los llamados *trastornados*.

La psicóloga citada en *La Diaria* explicita la forma terapéutica que debería de contemplar el nuevo modelo de atención, que, a su entender, difiere de la lógica del modelo clásico. Las opciones léxicas *biologicista e individual* son las mismas que usa un psicólogo (Muñoz, 2017d) para afirmar sus diferencias con el enfoque basado en el *trastorno mental*:

12) El grupo defiende una *relación horizontal que* [sic] «respete las singularidades y el derecho a la información» y evite «las prácticas que arrasen con el sujeto» como la sobremedicación y las terapias invasivas. La propuesta de Vilardevoz apunta a «fortalecer al otro», remarcó Baroni. Agregó que el modelo de salud todavía está basado en una lógica «biologicista e individual» y que «hay que generar más centros de referencia, procesos más grupales, más comunitarios, más productivos, que potencien lo que tiene el sujeto y no solamente direcciones hacia las que querés que vaya (Baroni en Muñoz, 20151, «otro modelo», § 1).

Las relaciones terapéuticas horizontales, en las que no se direcciona al sujeto solo hacia donde debe ir según el punto de vista del profesional, son posibles si se evitan algunas prácticas médicas como la «sobremedicación y las terapias invasivas» (Baroni en Muñoz, 20151, «otro modelo», § 1).

13) Las formas de nominar marcan un territorio disciplinar que es el de la psiquiatría; siempre tenés que estar bajo la égida del psiquiatra, que es el que diagnostica ese tipo de cosas. Tenemos un problema interdisciplinario; con una nominación lo que estás diciendo es que seguís bajo un modelo, que es el médico (Baroni en Muñoz, 2016e, «ampliar horizontes», § 2).

Las disciplinas enmarcan un territorio estableciendo prioridades a considerar. En el caso de las disciplinas que conforman el campo de la salud mental, la batería de conceptos, nociones, procedimientos y prácticas estimulan ciertas formas de concebir a quienes son objeto de un proceso de atención. Baroni critica las formas en que se denomina a las personas en el discurso profesional: 14) «Añadió que trabajan con personas, no con “trastornos”» (Muñoz, 2016e, «ampliar horizontes», § 2).

Las formas de nombrar caen en el supuesto de un modelo médico, según la psicóloga, pero también en el supuesto de que existe un orden de las formas, las denominaciones y las ideas y que estas deben asignarse a las cosas o personas por parte de un saber experto. En este sentido, se gesta la idea de que los otorgadores de formas, descubren la esencia de las cosas

y las nominan. En el caso expresado por la psicóloga (Muñoz, 2016e), el psiquiatra que diagnostica establece una égida bajo la que se debe estar. En términos filosóficos, hay un esquema hilemórfico que orienta un gobierno de las cosas, en nuestro caso un gobierno de las personas en los servicios de salud mental.

Entendemos por *hilemorfismo* a toda tendencia filosófica de pensar el ser bajo el modelo de lo uno, donde todo individuo está compuesto por la asociación entre una forma (*morphe*) y una materia (*hyle*). La forma o ideal se imprime en la materia, dado que esta última tiene la propiedad de la pasividad. En este punto se puede objetar que el esquema hilemórfico también aparece en una forma de gobierno sostenida a través del otorgamiento de derechos, debido a que existe una normatividad formal, como los derechos, que se propone como principio orientador hacia los cuerpos de las personas en tanto materialidad. Si bien estamos de acuerdo con esto último, hacemos la salvedad de reconocer los derechos como unas formalidades vigentes en constante proceso de ruptura y cambio. Esto se evidencia en cómo se han ampliado los derechos en la historia.

Los movimientos de izquierda y los relacionamientos con los cambios en salud mental propuestos en la primera sección parecen ser claros ejemplos de las precarias estabilidades de la normatividad de las formas. Si bien los derechos son una normatividad que pueden sujetar o reducir la singularidad de un movimiento, nos parece que son un rastro a seguir para visualizar la anatomía de las luchas en el cometido de generar un orden no tan desigual por parte de los movimientos sociales relacionados con la izquierda.

El trastorno mental, en tanto forma o idea impresa en aquellos residentes en los servicios de salud, son parte del territorio de la psiquiatría, tal como planteaba la psicóloga (Muñoz, 2016e). Con relación al trastorno mental, vemos una forma de gobierno restrictiva para aquellos gobernados, sobre todo en uno de los puntos a cuestionar del esquema hilemórfico: las formas se instauran en materia pasiva. Las personas en este esquema —los gobernados— quedan a merced del diagnóstico profesional que los moldea, otorgando existencia en el servicio de salud. Acuña, en *La Diaria*, afirma que cuestionar el trastorno mental es negar la realidad, por lo tanto, vemos que el diagnóstico queda como testigo de la existencia de las personas: 14) «No es negando la realidad que será posible el cambio cultural que implica la aceptación de la persona con enfermedad mental» (2017, § 16). En Estados Unidos, el diagnóstico de alguno de los numerosos trastornos mentales del DSM III permite que las personas accedan a un seguro de salud que sin él, se les sería negaría (Kirk y Kutchins en Percovich, 2016, p. 14).

Muriel Combes (2017), a partir de los aportes de Gilbert Simondon (2015), ubica ciertos planteos del filósofo francés para cuestionar y proponer

otra perspectiva ontológica<sup>146</sup> diferente al esquema hilemórfico. A nuestro entender la perspectiva de Combes (2017), nos permite identificar las repercusiones que supone la utilización del trastorno mental en términos ontológicos y que establecen una forma de gobierno.

Según Combes (2017), Simondon establece que el ser es un proceso, no reduce el ser al establecimiento de ciertos principios que lo fundamentarían. El *ser* en tanto *hay ser*, como sustancia y fundamento, ha sido el enfoque tradicionalmente sostenido por la filosofía para pensar el plano ontológico. El giro de Simondon es no establecer como principio aquello que es resultado, en este caso, la materia, en términos atómicos en Epicuro —la idea en Platón—, no sería el principio, sino el resultado de un proceso de individuación, según esta perspectiva. El ser es, para Simondon, los modos en los que se pone en juego una operación, pero esta operación, a diferencia del esquema hilemórfico, no sostiene una primacía de la forma que moldea la materia, sino que parte de problematizar la oscura relación entre *forma* y *materia*.

La crítica al paradigma de trabajo de Simondon (2008) y el trato que se les da a los objetos técnicos pueden iluminar este plano:

la atención se dirige a la forma y a la materia, no a la adquisición de forma en tanto que operación. El esquema hilemórfico es de este modo una pareja en la cual los dos términos son nítidos y la relación oscura (p. 258).

Es necesario llevar a cabo un movimiento que supone dos efectos: no entender la forma en una relación de asimetría con respecto a la materia y no suponer una relación de exterioridad de la forma respecto a la materia. Ambos registros, el de la materia y el de la forma, dan cuenta de una operación que los constituye, no son preexistentes. Si el ser es un devenir de operaciones, no la expresión de una entidad primera y fundamental, ni tiene características esenciales, la ontología como estudio del ser se transforma en ontogénesis (Combes, 2017). Las consecuencias de este cambio filosófico tienen impactos políticos y preferentemente en el gobierno de las personas. El gobierno de las personas no está sujeto a una forma fundamental ni nadie podría ubicarse en una posición de exterioridad para sostener un modelo posible de gobierno. En el caso de la psiquiatría, no sería posible establecer un diagnóstico de trastorno mental desde un fundamento esencial y suficiente para habilitar una operativa terapéutica, sino que toda posibilidad terapéutica se ubicaría en la amalgama relacional entre las categorías diagnósticas, la posición del saber profesional y las personas. Esto hace que los efectos de las relaciones terapéuticas no se producen debido al saber exclusivamente técnico y elaborado *a priori*, sino a la forma de constitución de las relaciones. El dirigir conductas a través de un saber o un diagnóstico sería un elemento

---

146 Ontogénesis según Simondon (2014).

en esta trama heterogénea de relaciones de poder híbridas, como sosteníamos en la sección anterior.

Para el filósofo francés, en todo dominio relacional que podemos constituir hay una búsqueda de una metaestabilidad. En nuestro caso, ubicamos la búsqueda de una metaestabilidad en una relación terapéutica o de gobierno. La búsqueda de un equilibrio metaestable, a diferencia de un equilibrio estable, es que el primero se presenta como provisorio. En lugar de identificar lo provisorio como un límite, se lo concibe como la posibilidad que tiene un campo relacional de seguir regenerándose. Sus incompatibilidades para alcanzar un equilibrio estable son parte de su potencialidad. En este sentido, hay una potencialidad<sup>147</sup> que nunca es plausible de ser limitada en un acto. El trastorno mental, como denominación que se establece en una ley de salud mental a quienes serán objetos de atención, adjudica lugares establecidos en términos de profesional-trastornado. Esto parece reafirmar una asimetría vigente que estabiliza un modo de conducción unilateral, un equilibrio estable, según Simondon (2008), que, al permitir la actualización de todo su potencial, ocasiona «la muerte de toda posibilidad de transformación» (p. 181). El trastornado no tendría la posibilidad de salir de una relación que lo reafirma como trastornado.

El diagnóstico de *trastorno mental*, fundamentado desde una concepción hilemórfica, apela al individuo en términos sustancialistas, por lo que se le asigna una identidad a las personas según ciertas características o cualidades esenciales. Esto es funcional a una forma jerárquica de concebir las relaciones de poder, que se constituyen en estados de dominación si no tienen la potencialidad de estar en permanente cambio.

En términos simondonianos, el problema es la no ruptura con el principio de identidad y el tercero excluido (Heredia, 2012, p. 56). Así, se afirma una teoría del individuo en términos sustancialistas y de estática, confundiendo al individuo con una entidad cerrada sobre sí mismo, en oposición a la propuesta simondoniana en la que el individuo «es la realidad de una relación metaestable» (Combes, 2017, p. 61).

Identificamos una forma de conocer y gobernar por medio del término *trastorno mental* que no concibe una ontología procesual y relacional entre el acto de diagnosticar y las personas clasificadas. Esto también expresa un gesto autoritario por parte de un saber que impone un orden.

La posición ética desde los aportes de Combes (2017) nos parece necesaria, debido a que permite ubicar las relaciones terapéuticas no con el cometido de ejercer una práctica de gobierno que se limite a constatar trastornos y en función de ellos dirigir conductas, sino que abre las posibilidades

---

147 Esto es, según Simondon (2014), *preindividual*, aunque debido a la orientación y los límites de esta investigación, no creemos necesario trabajar esta noción en detalle.

de amplificar los actos terapéuticos. Se trata del ingreso de estos últimos en nuevas relacionalidades posibles.

En el establecimiento de los denominados *trastornos mentales*, los profesionales, desde una posición de exterioridad, imprimen sus sistemas de reglas morales, políticas y jurídicas a quienes buscan curar.<sup>148</sup> Los trastornos mentales guían a las institucionalidades pertenecientes al campo de la salud mental, las conductas que deben estimular y las que deben atenuar. Una forma de gobierno se constituye en un plano jerárquico y administrativo. El psicólogo y parlamentario Núñez manifiesta a *La Diaria* su cuestionamiento a lo dicho por el expresidente Vázquez (durante el período 2015-2019), quien, en un evento en Ginebra, ejemplificando la falta de sensatez que por momentos tiene el mundo, decía lo siguiente: 15) «por momentos se parece demasiado a un hospital psiquiátrico administrado por sus propios pacientes» («Diputado comunista», 2017, § 1). Esta constituye una forma de administración del gobierno que señala a fuego la distinción jerárquica y burocratizada entre los administradores y los administrados.

---

148 En los distintos trastornos que se aplican a las personas, no aparece como un elemento a destacar en los DSM, los efectos negativos que los diagnósticos podrían generarle a los individuos.

## Conclusiones

Los movimientos de izquierda han estado asociados a los cambios en los servicios de atención en salud mental, y esto es una marca intertextual en el discurso profesional. Se identifican lógicas violentas en las instituciones como causa y efecto de una sociedad en la que no todos sus miembros tienen las mismas oportunidades para llevar a cabo una vida digna. En paralelo, un sistema político poco sensible para llevar a cabo los cambios necesarios en la sociedad liga el discurso profesional de la salud mental y los movimientos de izquierda. La violencia institucional y la falta de capacidad de respuesta del sistema político son elementos que los movimientos de izquierda y los profesionales de la salud mental expresan en términos de inconformidad. Las relaciones de poder de los manicomios no son excepcionales, sino que dan cuenta de los efectos de un sistema político que reproduce la desigualdad.

El discurso de los profesionales de la salud mental que plantea un cambio en la atención nos remite al problema de la seguridad. La desinstitucionalización en salud mental afirma, por un lado, la necesidad de mayor libertad para las personas en los manicomios y, por otro, se limitan las libertades de las personas residentes en instituciones totales.

Los asilos, como espacios que no curan, son proclives a vulnerar los derechos de los pacientes, lo que forma parte de un discurso profesional que despliega un lenguaje referido al mundo comunitario en contraposición a la institución total —manicomio—. El lenguaje comunitario que orienta a las nuevas estructuras que tendrán los servicios de salud mental, como las unidades de inserción comunitaria, resguardan las libertades negativas y positivas de los pacientes anuladas antes por la lógica manicomial. La salud mental en la comunidad plantea el desafío de pensar la comunidad como una construcción constante y que necesita apuntalarse en una libertad social que amplía los alcances de la libertad reflexiva —libertad negativa y positiva—.

Sin embargo, en paralelo al lenguaje comunitario en torno al cambio en la atención en salud mental, se expresa un lenguaje referido al mundo sanitario y penitenciario. Este lenguaje plantea al hospital penitenciario como solución para los pacientes judicializados, aunque esto trae consigo el problema de la difícil distinción entre aquellos que serán judicializados y los que no. Por lo tanto, vemos cómo en el contexto del cambio en la atención en salud mental, el discurso que relaciona la peligrosidad como parte del manicomio reafirma un nivel de creencias recurrente en la sociedad. En este sentido, si las estructuras asilares son cerradas, entonces el hospital penitenciario se encargaría de personas que, hasta ese momento, residían allí, dado que podrían ser peligrosas para el interés colectivo. Es entre el interés colectivo de la población y el interés individual de los pacientes en las estructuras manicomiales que se plantea el difícil equilibrio que da cuenta del problema de la seguridad. De acuerdo a cómo se calibren el lenguaje comunitario y el

lenguaje penitenciario podremos establecer la orientación de la nueva atención en salud mental. Lo que se puede afirmar es que, mientras que se expresa una mayor autonomía para los pacientes de los servicios de atención en salud mental en la comunidad, se anuncia la creación de un hospital penitenciario.

La muerte en la colonia Etchepare, denominada como *escena del drama social*, tiene como marca intertextual la controversia expresada en relación con la existencia de la vulneración de los derechos humanos en la colonia. A pesar de las diferencias sobre la vulneración o no de los derechos humanos, se observa que, tanto el discurso profesional de la medicina y del derecho tienen un fuerte componente humanista para pensar en el hecho y sus desenlaces. Es importante señalar que, a partir de la muerte del paciente, se generaron movimientos para el cambio del modelo de atención en salud que, a nuestro entender, no pueden explicarse en términos de una voluntad humana que decide llevar a cabo una acción política para cambiar el modelo.

La posición o sujeto de cambio que emerge a partir del trágico suceso en Etchepare forma parte de un híbrido de acciones que incluyen lo humano, lo animal, instituciones como el MSP, el MI, la Udelar, organizaciones de derechos humanos y organizaciones de protección de animales. La acción constituye este movimiento que da cuenta de un sujeto plural e híbrido, que trasciende la voluntad política gubernamental. Al instituirse este cambio en la nueva Ley de Salud Mental, se plantean nuevas direcciones en los servicios de atención que reinciden en ubicar lo humano en el centro del cambio de modelo. Sin embargo, las acciones dirigidas en el marco de una perspectiva de derechos humanos se diferencian de aquellas que tienen al trastorno mental como su principal sostén operativo.

El problema entre conducir los servicios de atención en salud mental según una concepción de derechos o una concepción de trastorno mental es que, si bien ambas sustancializan formas y suponen un esquema hilemórfico, presentan claras diferencias. En el caso de los trastornos mentales, la relación entre *forma* y *materia* se constituye solo desde un punto de vista técnico profesional, cuando la relación también refiere a un aspecto político. En cambio, en la concepción de derechos, se establece este plano político explícito en la conducción de conductas por parte de los servicios de atención en salud mental, en el marco de relaciones terapéuticas. Esta concepción de los derechos, a nuestro entender, puede tener la inconsistencia de presentarse como un mero formalismo humanista en algunas ocasiones, pero, a diferencia de la concepción del trastorno mental, establece la posibilidad de afrontar las arremetidas del discurso profesional por parte de aquellos que, categorizados como trastornados, son un emergente de las injusticias sociales. La perspectiva de derechos reconoce las relaciones de poder permanentes que se establecen en toda relación social y permite que estas no se inmovilicen o se transformen en estados de dominación.

El análisis de la intertextualidad entre *El País* y *La Diaria* nos permitió identificar la construcción de los discursos profesionales sobre la atención en salud mental en la opinión pública, dado que son medios de prensa con una circulación masiva en la sociedad uruguaya. Pese a sus diferencias, identificamos tópicos comunes a partir de sus publicaciones que nos permitieron observar las textualidades constitutivas de un discurso social sobre la desinstitucionalización en Uruguay.

### Conclusiones finales

Preguntarnos cómo se construye la desinstitucionalización expresada en la Ley de Salud Mental desde el discurso profesional en la prensa escrita. Esto nos permitió indagar sobre la conceptualización de la nueva atención en salud mental, construida a través de las voces profesionales en la prensa escrita uruguaya. Esta indagación arrojó algunas conclusiones y abrió nuevos problemas a tener en cuenta.

### Discursos profesionales

Los usos de textos de los profesionales en el período 2015-2017 anteriores a la aprobación de la Ley n.º 19.529 dan cuenta de la vigencia de la figura del médico jefe que, además de poseer un saber sobre el campo de la salud mental, tiene un lugar de privilegio en la dirección de los servicios de atención. Esto se percibe al identificar que, en *El País*, al igual que en *La Diaria*, los médicos son quienes tienen mayores participaciones en las notas en el período estudiado. También son quienes anuncian los cambios en salud mental a través de la prensa, en su condición de autoridades de las instituciones públicas y profesionales de la salud mental. En este sentido, el discurso de la desinstitucionalización en salud mental todavía percibe a la medicina como disciplina encargada de la atención en salud mental y le otorga un lugar preponderante en relación con el derecho y la psicología.

El discurso orientado a identificar a los usuarios de los servicios de atención en salud mental como *trastornados mentales* adjudica una identidad a los usuarios que los coloca como objetos de intervención, así como también otorga identidad a los profesionales de la salud mental. Esta se trata de una identidad marcada por un lenguaje médico, dado que en Uruguay vemos el uso recurrente del término *trastorno mental* como sinónimo de *enfermedad mental*. Este es otro indicador de la omnipresencia del discurso médico en los procesos de atención en salud mental.

Con relación a los movimientos que involucraría la desinstitucionalización en la política pública en salud mental, se observa en los profesionales de la medicina la necesidad de una atención en la comunidad, aunque existen posiciones ambiguas en cuanto al cierre de las estructuras asilares y monovalente. Incluso se llega a relativizar lo que implicaría un cierre. Por lo tanto, el cierre de las colonias Etchepare y Santín C. Rossi y del hospital Vilardebó no supone que estas instituciones dejen de funcionar. La necesidad de una

atención comunitaria, según los profesionales de la medicina, no implica la obsolescencia de las instituciones asilares y monovalentes en el proceso de atención en salud mental.

Varios textos de profesionales de la medicina y del derecho, en la nueva conceptualización de la atención en salud mental, hacen referencia al pedido de un hospital penitenciario para atender a los pacientes judiciales. Estos presentan problemas en las instituciones vigentes de salud mental, debido a su peligrosidad, y el hospital penitenciario aparecería para solucionar estos problemas, según el discurso profesional de médicos y agentes del Poder Judicial. La formación de un hospital penitenciario ligada a la falta de implementación y funcionamiento de las estructuras alternativas a las instituciones asilares y monovalentes, además de la dificultad para diferenciar las simulaciones de los pacientes judicializados de los delirios de pacientes no judiciales, terminará generando una atención en salud mental centralizada en el hospital penitenciario. Por lo tanto, se estaría judicializando la atención en salud mental.

Siguiendo con el discurso profesional, existen diferencias entre el discurso de la medicina y el discurso de la psicología. *La Diaria* lo muestra de forma más explícita. Las diferencias se explicitan en la discusión de la Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017), en la que se estableció una polarización entre una ley de salud mental, pensada desde una perspectiva de derechos, según psicólogos, y una ley del trastorno mental asociada a la psiquiatría. El énfasis del discurso psicológico sobre el lugar hegemónico de la psiquiatría en la Ley n.º 19.529 es destacable. Las diferencias en cuanto a la atención involucran la crítica por parte del discurso psicológico a la denominación *trastorno mental* y la omnipresencia médica en todo el proceso de atención. El sujeto de derecho, para los psicólogos, implica una concepción de las personas más integral y multicausal para pensar los problemas de salud mental que la mirada reduccionista médica.

A su vez, el uso de un lenguaje jurídico por parte de psicólogos también se expresa para acentuar la falta de mecanismos de contralor independientes a las instituciones sanitarias del MSP. Los argumentos que forman al discurso psicológico, se apoyan en tratados y declaraciones provenientes de la legislación internacional sobre salud mental. Por lo tanto, es importante remarcar que, para contraponer a las fallas que tiene la vigente Ley de Salud Mental, los psicólogos usan un discurso que recoge elementos del derecho internacional. Esto podría afirmar la búsqueda de una gubernamentalidad apoyada en una legislación internacional, debido a que, en términos nacionales, la perspectiva de derechos en la nueva ley no está garantizada.

Por su parte, los profesionales del derecho tienen una participación central en la muerte del paciente en la colonia Etchepare en marzo de 2015. Se encargan de constatar una vulneración de los derechos humanos de los pacientes, aunque al aportar sobre las orientaciones que debe seguir la nueva Ley de Salud Mental, la creación de un hospital penitenciario es el elemento al que apunta el discurso jurídico.

## Prensa escrita

En la prensa escrita uruguaya vemos que *El País* construye noticias sobre la salud mental, en las que destacan aquellas con contenido sensacionalista referido a la peligrosidad de quienes se encuentran en el hospital Vilardebó. Este tipo de contenidos producen un impacto inmediato en los lectores. Otros contenidos sensacionalistas son las muertes o las situaciones trágicas. En relación con la salud mental, *El País* hace referencia a la muerte de paciente en la colonia Etchepare en varias oportunidades, dedicándole portadas y editoriales. La forma en que se empaquetan estas noticias (Molek-Kozakowska, 2013), además de sus contenidos, nos permiten concluir los rasgos sensacionalistas del periódico en cuanto a la salud mental. No obstante, estos rasgos sensacionalistas que identificamos en *El País* también podrían pertenecer al discurso médico en relación con la salud mental, dado que las noticias en las que se observan los rasgos sensacionalistas son aquellas en las que el periódico utiliza, de preferencia, el discurso médico. El problema de esta clase de noticias sensacionalistas es que terminan afirmando las creencias y prejuicios de los lectores en lugar de integrar otros puntos de vista que permitan problematizarlos. Por lo tanto, el periódico termina afirmando una orientación conservadora sobre la salud mental.

*La Diaria*, en cambio, demuestra interés en la salud mental identificado a través del cambio de ley, dado que dedica la mayor parte de las noticias a las discusiones sobre la nueva legislación. También se observa el uso de un discurso profesional que, de forma directa o indirecta, refiere a documentos de organizaciones sociales y profesionales. Por esto, podemos concluir que *La Diaria* presenta una visión integral y progresista con respecto a los cambios en salud mental expresados en la ley. Esta orientación se identifica en el seguimiento que hace de las distintas perspectivas profesionales puestas en juego en el cambio de ley en salud mental, lo que permite a sus lectores tener más información para cuestionar sus prejuicios y el orden establecido en relación con los procesos de atención en salud mental.

Ambos periódicos expresan, en el universo de la prensa escrita, lo heterogéneo del discurso profesional sobre el cambio en la atención. Esto nos permitió observar las diferentes perspectivas que se ponen en juego en la construcción de la desinstitucionalización en salud mental. También creemos que, para futuras investigaciones, sería importante identificar cómo los distintos lineamientos —conservador y progresista— de los periódicos estudiados, impactan en sus comunidades lectoras sobre los cambios propuestos en la Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017).

## Dispositivo de seguridad

La reorientación de la atención en salud mental hacia la comunidad es un tópico presente en el discurso profesional que busca solucionar los problemas generados por los manicomios como instituciones totales (Goffman, 2001). En la muerte del paciente en la colonia Etchepare en marzo de 2015 se evidencia la lógica disciplinaria de esta institución total, que no puede administrar los cuerpos y asegurar la vida. El biopoder (Foucault, 2012), como política encargada de producir vida a través de mecanismos de poder orientados hacia el cuerpo —anatomopolítica— y en una escala más amplia hacia la vida de las poblaciones —biopolítica—, son dimensiones de análisis que nos permitieron explicar a través del episodio en Etchepare un quiebre en la política de atención en salud mental en Uruguay.

El dispositivo asilar que configura el modelo de atención vigente en salud mental basado en el control y la vigilancia de los cuerpos se evidenció con la muerte de paciente en la colonia Etchepare. Esto fue objeto de disputa entre algunos médicos y agentes del Poder Judicial. En este sentido, identificamos un choque entre un discurso disciplinar sostenido por algunos médicos que relativizan las condiciones en las que viven los pacientes en la colonia Etchepare a la luz del acontecimiento de marzo de 2015 y un discurso jurídico que, como poder soberano, busca restituir un orden para impedir la vulneración de los derechos humanos a través de la ley. El discurso de la soberanía que ordena mediante la ley, como forma de complementar al discurso disciplinar —que reglamenta sostenido en la norma proveniente de las ciencias humanas— expresa sus diferencias, lo que involucra fisuras en el discurso profesional. Rápidamente se instituye en la prensa escrita otra modalidad de configurar la atención en salud mental, pensada en términos de un dispositivo de seguridad.

Si bien el dispositivo de seguridad (Foucault, 2006) plantea diferencias con el dispositivo disciplinar, se apoya en este para intervenir en la población. Los rasgos del dispositivo de seguridad están presentes en la desinstitucionalización en salud mental, debido al establecimiento de una política de atención que busca acondicionar el contexto en el que circulan las personas con problemas de salud mental, llamado *comunidad*, con el objetivo de extender la intervención en salud mental más allá del manicomio. Esto hace que el dispositivo de seguridad presente la nueva conceptualización en salud mental desde la metáfora de la red: distintos elementos que forman parte de la comunidad pasan a estar integrados en la atención de las personas. El espacio deja de estar reglamentado en detalle, como se intenta en términos disciplinarios, para contemplar las posibles eventualidades de las conductas de las personas en sus comunidades. Estas conductas se codifican para clasificar a la población en la extensa lista de trastornos mentales que se encuentran en la publicación de cada nuevo DSM.

En la nueva conceptualización de la atención en salud mental en los textos de los profesionales, identificamos la construcción de la desinstitucionalización como proceso que busca resguardar las libertades de las personas, en el que la comunidad es garantía. En simultáneo al uso de un lenguaje comunitario, que plantea la comunidad como supuesto espacio de autonomía, profesionales del derecho y la medicina exponen la necesidad de un hospital penitenciario como solución al peligro de los pacientes judiciales. Por lo tanto, la preocupación por las libertades individuales de los pacientes en los manicomios, en conjunto con la preocupación por la peligrosidad de los pacientes judiciales en relación con la población, es algo que se expresa simultáneamente en el discurso profesional. Ante el cierre de las estructuras tradicionales de atención en salud mental, se constituye el problema de la seguridad. Según Foucault (2016), el problema de la seguridad se ubica en el cruce de supuestos intereses individuales que se buscan proteger y un supuesto interés colectivo que también debe ser protegido. Los textos que construyen la desinstitucionalización de forma intertextual en salud mental expresan estos supuestos.

## Gubernamentalidad y atención en salud mental

Los textos de los psicólogos que conforman el discurso psicológico expresan que el trastorno mental da cuenta de una concepción médica de la salud mental, lo que supone una forma de conducir al sujeto donde se arrasa con su singularidad: «hay que generar más centros de referencia, procesos más grupales, más comunitarios, más productivos, que potencien lo que tiene el sujeto y no solamente direcciones hacia las que querés que vaya» (Baroni en Muñoz, 20151, «otro modelo», § 1). La relación terapéutica, en este sentido, involucra una relación de gobierno a la que se entiende de forma general y foucaultiana como conducción de conductas (Foucault, 2006). El discurso profesional plantea diferencias para denominar a quienes son objeto de una atención en salud mental. Los supuestos mediante los cuales se posicionan los actores que forman parte del proceso de atención habilitan prácticas de gobierno que enfatizan aspectos de índole técnico o político. Entendemos que no es casual que en los textos de los profesionales se asocien los cambios en la atención en salud mental a los movimientos o gobiernos de izquierda en sus distintas formas. Los cambios en la atención en salud mental ocurren debido a que los clásicos modos de atención terminan reproduciendo las violencias y desigualdades del sistema político y social vigente. En el caso de la atención en salud mental, el supuesto filosófico hilemórfico, presente al momento de diagnosticar a las personas como *trastornadas mentales*, nos permitió identificar el gesto profesional que reduce la singularidad de quien transita por un servicio de atención. La población, desde la óptica del trastorno mental, queda catalogada desde el registro exclusivo de la psiquiatría y en función de un objetivo administrativo. El discurso psicológico, bajo el amparo de la perspectiva de derechos, si bien no rompe con el hilemorfismo, permite identificar la relación de poder que se instala por parte de los profesionales en el establecimiento de los diagnósticos del trastorno mental. Estos diagnósticos, según lo manifestado en los textos de psicólogos, reducen las causas sociales de los problemas de salud mental solo al plano biológico e individual.

La construcción de una nueva gubernamentalidad, en tanto forma de conducir conductas que problematicen el establecimiento de las relaciones jerárquicas y, a su vez, tengan como propósito disminuir o disolver las desigualdades sociales vigentes, es un desafío que involucra producir la vida con otros. Las relaciones de atención en salud mental, en el contexto de la desinstitucionalización no son la excepción. En este sentido, las acciones políticas de los profesionales constituyen en su obrar la emergencia de un sujeto que debería interrogarse por lo humano como aquello que se supone evidente y reconocible. Resta saber si no tenemos que reinventar el derecho o los derechos para pensar la atención en salud mental. Esta línea que queda abierta a nuevas investigaciones.

# Bibliografía

- ¿Es posible salir rehabilitado de un manicomio? (2017, julio 16). *El País*.  
«Conviven con la naturaleza», responde ASSE al fallo judicial. (2015, marzo 31). *El País*.  
Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/conviven-naturaleza-responde-asse-fallo-judicial.html>
- A medio camino (2016, junio 8). *La Diaria*.
- ACUÑA, R. (2017, abril 21). Proyecto de Ley de Salud Mental: más coincidencias que diferencias. *La Diaria*.
- ACUÑA, R., y SÁNCHEZ, D. (2014). Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay (PISMU). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 196-219.  
Recuperado de [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/07\\_ASM\\_01.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/07_ASM_01.pdf)
- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015, agosto 5). Comunicado del 5 de agosto. Recuperado de <http://asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>
- AGUERO DE TRENQUALYE, M. J., y CORREA, G. (2018a). Gobernando la experiencia: salud mental y ciudadanía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 547-565.
- AGÜERO DE TRENQUALYE, M. J., y CORREA, G. (2018b). Salud mental y ciudadanía: una aproximación genealógica. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(1), 40-46.  
<https://doi.org/10.5093/rhp2018a6>
- AGUIRRE, M. (2015, abril 12). Un país Etchepare. *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uopinion/columnistas/martin-aguirre/pais-etchepare.html>
- ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS PARA DERECHOS HUMANOS (ACNUDH) (2017, junio 2). [Carta del Alto Comisionado Amerigo Incalcaterra a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados, en relación al Proyecto de Ley de Salud Mental]. Poder Legislativo, Cámara de Diputados, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.
- ALVARO, D. (2015). El problema de la comunidad. En *El problema de la comunidad. Marx, Tönnies y Weber* (pp. 25-60). Buenos Aires: Prometeo.
- AMARANTE, P. (2017). Os direitos humanos em saúde mental e a luta pelo reconhecimento. En Universidad de la República, Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria (Coord.), *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp. 5-7). Montevideo: Psicolibros.
- ANDRADE PINHO, M. (2009). Saúde mental, mudança social e discurso bioético: uma face da desinstitucionalização revelada em uma notícia de jornal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 817-828. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300015>
- ANDREOLI, M. (2004, diciembre). *La fundamentación de los derechos económicos y sociales*. Conferencia dictada en V Jornadas de Investigación en Filosofía, FaHCE, UNLP La Plata. Recuperado de [http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.54/ev.54.pdf](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.54/ev.54.pdf)
- ARAGONA, M. (2009). The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dialogues Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2(1), 1-14. Recuperado de <https://philarchive.org/archive/ARAERA>
- ARGENTINA (2010, diciembre 2). Ley n.º 26.657: Ley de Salud Mental. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- ARISTÓTELES (2005). *Política*. Buenos Aires: Losada.

- ARISTÓTELES (2014). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Gredos.
- ASSE decidida a relevar de su cargo al director de la Etchepare. (2015, agosto 5). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/asse-decidida-relevar-cargo-director-etchepare.html>
- Aún hay perros en Etchepare y aseguran que hubo ataques. (2016, setiembre 6). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/aun-hay-perros-etchepare-aseguran-hubo-ataques.html>
- Bacteria mata en Etchepare; alerta también por otro virus. (2015, junio 4). *El País*.
- BARBOZA DE PINHO, L., BRAÑON, A., y PRADO, L. (2010). Concepção de clientela: análise do discurso da benevolência no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(3), 377-384. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300005>
- BARRÁN, J. P. (1994). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. (Vol. 2: La ortopedia de los pobres). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BARRÁN, J. P., y NAHUM, B. (2002). *Historia política e historia económica: artículos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BAZERMAN, C. (2004). Intertextuality; How Texts Rely on Others Texts. En C. BAZERMAN y P. PRIOR (Comps.), *What Writing Does and How It Does It* (pp. 83-96). California: Erlbaum.
- BECKER, H., FARNET-BETANCOURT, R., y GÓMEZ-MÜLLER, A. (1984). *La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad*. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/NOMBRES/article/download/2276/1217>
- BELLAHSEN, M. (2014). *La santé mentale. Vers un bonheur sous controle*. París: La fabrique.
- BENJAMIN, W. (2010). *Ensayos Escogidos*. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- BERLIN, I. (1988). *Cuatro ensayos sobre la libertad*. Madrid: Alianza.
- BOBBIO, N. (1987). *La teoría de las formas de gobierno en la historia del pensamiento político*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- PÉREZ ÁLVAREZ, C., BOSQUED MOLINA, L., NEBOT MACÍAS, M., GUILABERT VIDALT, M., PÉREZ ZAERAE, J., QUINTANILLA LÓPEZ, M. A. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400002>
- BROQUETAS, M. (2015). *La trama autoritaria. Derechas y violencia en Uruguay (1958-1966)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BROWN, W. (2015). *El pueblo sin atributos*. Barcelona: Malpasso.
- BUSCIO, J. (2004). *José Batlle y Ordóñez*. Montevideo: Fin de Siglo.
- CANO, A. (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en Uruguay. En N. DE LEÓN (Comp.), *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 107-124). Montevideo: Levy.
- CABRERA, H., GONZÁLEZ, D., LAINO, N., MONTES, C., y MORTEO, A. (2013). La inimputabilidad por trastornos psiquiátricos en el proceso judicial. En N. DE LEÓN (Comp.), *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 96-104). Montevideo: Levy.
- CAETANO, G. (2015). *La República Batllista*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- CÁMARA DE SENADORES (2015). *Proyecto de ley sustitutivo aprobado por la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores*. Recuperado de [https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/127880/ficha\\_completa](https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/ficha-asunto/127880/ficha_completa)
- (2016, octubre 11). *Diario de sesiones de la Cámara de Senadores*. Recuperado de [https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/senadores/plenario/documentos/diarios-de-sesion?Lgl\\_Nro=48&DS\\_Fecha%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-02-2015&DS\\_Fecha%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-02-2020&Ssn\\_Nro=&TS\\_Diario=&tipoBusqueda=T&Texto=ley+de+salud+mental](https://parlamento.gub.uy/camarasycomisiones/senadores/plenario/documentos/diarios-de-sesion?Lgl_Nro=48&DS_Fecha%5Bmin%5D%5Bdate%5D=15-02-2015&DS_Fecha%5Bmax%5D%5Bdate%5D=14-02-2020&Ssn_Nro=&TS_Diario=&tipoBusqueda=T&Texto=ley+de+salud+mental)

- CARVALHO, R., MAINIERI, S., DE MELO ARRAES, A. K., y DIMENSTEIN, M. (2009). Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Revista –Comunicação, Saúde Educação*, 13(30), 199-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300016>
- CASAROTTI, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 153-163. Recuperado de <https://www2017.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/histpsiq-casarotti.pdf>
- (2015). Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 79(2), 137-151. Recuperado de [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/12/07\\_ASM.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/12/07_ASM.pdf)
- CASTORIADIS, C. (1994). *Democracia y relativismo: Debate con el MAUSS*. Madrid: Mínima Trotta.
- (2010). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets.
- CENTROS PSIQUIÁTRICOS: 6 de 51 están habilitados. (2015, junio 20). *El País*.
- CHERONI, A. (1993). Contexto ideológico y fundamento filosófico del poder médico en el Uruguay. En J. RODRÍGUEZ NEBOT y J. PORTILLO (Comps.), *La medicalización de la sociedad* (pp. 49-62). Montevideo: Nordan
- COITIÑO, M., QUEIROLO, R., y TRIÑANES, A. (2017). Dos drogas, diferentes mensajes: los medios y la regulación de la marihuana y el alcohol en Uruguay. *Contratexto: revista de la Facultad de Comunicación de la Universidad de Lima*, (28), 119-146. <https://doi.org/10.26439/contratexto2017.n028.1566>
- COMBES, M. (2017). *Simondon. Una filosofía de lo transindividual*. Buenos Aires: Cactus.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2005). Libro Verde. Recuperado de [https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)
- COMISIÓN NACIONAL POR UNA LEY DE SALUD MENTAL (2017, mayo 8). Comunicado a la opinión pública. *La izquierda diario Uruguay*. Recuperado de <http://www.laizquierdadiario.com.uy/Comunicado-de-la-Comision-Nacional-por-una-ley-de-Salud-Mental>
- COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2016). Recomendaciones a Uruguay del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas. Recuperado de <https://documents-dds.ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/222/15/PDF/G1622215.pdf?OpenElement>
- CORONADO, C. (2018). La libertad como condición de la justicia según Axel Honneth. *Revista de filosofía open insight*, 9(15), 147-171. Recuperado de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-24062018000100147](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-24062018000100147)
- COUPECHOUX, P. (2010). *La psiquiatría en Francia: negación de la locura y domesticación del sujeto*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/psiquiatr%C3%AD-francia-negaci%C3%B3n-de-la-locura-y-domesticaci%C3%B3n-del-sujeto>
- CROWE, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 69-77.
- CUTULI, A. (2011) La comunidad de los locos [Archivo vídeo]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=\\_Yr9CooyiDo](https://www.youtube.com/watch?v=_Yr9CooyiDo)
- DE LEÓN, N., y FERNÁNDEZ, J. (1996). La locura y sus instituciones. En Facultad de Psicología, Terceras Jornadas de Psicología Universitaria, *Historia, violencia y subjetividad* (pp. 157-163). Montevideo: Multiplicidades.
- De nunca acabar. (2015, marzo 27). *La Diaria*.
- Del Vilardebó a Cárcel Central. (2015, diciembre 13). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/vilardebo-carcel-central.html>
- DESCARTES, R. (2006). *Discurso del método*. Madrid: Teenos.
- DÍAZ DEL PERAL, D. (2017). Recuperación y estigma. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(2), 127-144. Recuperado de [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05\\_CONF\\_2.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf)

- Diputada pide intervenir las colonias psiquiátricas por emergencia sanitaria. (2015, mayo 31). *El País*.
- Diputado comunista cuestionó a Vázquez por decir que el mundo se «parece» a un «hospital psiquiátrico». (2017, junio 7). *La Diaria*.
- DOSSE, F. (2009). *Gilles Deleuze y Félix Guattari biografía cruzada*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- DUFFAU, N. (2013). El tratamiento de la «locura» en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. *Revista Culturas Psi*, 1(2), 108-125.
- EMA, J. E. (2004). Del sujeto a la agencia (a través de lo político). *Athenea Digital*, 5, 1-24. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/537/53700501.pdf>
- En ocho años se cerrarán las colonias psiquiátricas. (2017, agosto 12). *El País*.
- En reclusión o internación psiquiátrica, las mujeres son más vulnerables, menos tenidas en cuenta y más abandonadas (2017, marzo 27). *La Diaria*.
- Etchepare: tras la ola de escándalos, cayó director. (2015, agosto 6). *El País*.
- FAIRCLOUGH, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- (2008). El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso y Sociedad*, 2(1), 170-185. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2547117>
- FARAONE, S., y VALERO, A. S. (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- DE FONTCUBERTA, M., y BORRAT, H. (2006). *Periódicos: sistemas complejos, narradores en interacción*. Buenos Aires: La Cruja.
- FOUCAULT, M. (1980). Prólogo. En R. CASTELS, *El orden psiquiátrico* (pp. 7-26). Madrid: De La Piqueta.
- (1994). ¿Qué es la Ilustración? [Qu'est-ce que les Lumières?]. *Actual*, (28), 1-18. Recuperado de <https://vulneraull.files.wordpress.com/2017/02/foucault-qc3a9-es-la-ilustracic3b3n.pdf>
- (1996). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- (2005). *El Poder Psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2010). *Historia de la locura en la época clásica 1*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2012). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- (2014a). *¿Qué es usted, profesor Foucault?* Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- (2014b). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2015). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- (2016a). *Enfermedad mental y psicología*. Buenos Aires: Paidós.
- (2016b). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FRENTE AMPLIO (2018). *Lineamientos básicos*. Recuperado de <https://www.frenteamplio.uy/institucional/historia/item/14-principios-del-fa>
- FREUD, S. (1978). Conferencia de introducción al psicoanálisis (Parte 3). En J. L. ETCHEVERRY (Trad.), *Obras completas* (Vol. 16, pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916-1917).
- (1980). Psicopatología de la vida cotidiana. En J. L. ETCHEVERRY (Trad.), *Obras completas* (Vol. 6, pp. 9-270). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1901).
- Fundado el 14 de setiembre de 1918. (2013, marzo 31). *El País*. Recuperado de <http://servicios.elpais.com.uy/paginas/columnistas/trayectoria.asp>

- GALVÁN GARCÍA, V. (2009). Los acontecimientos de mayo del 68 y la lucha antipsiquiátrica. *Historia Actual Online*, 19, 177-179. <https://doi.org/10.36132/haovoi19.307>
- GENEYRO C., y TIRADO F. (2014). Del sujeto patológico al ciudadano neuroquímico: La construcción del juicio psiquiátrico. *Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria = Revista vasca de sociología y ciencia política*, (57-58), 2679-2691.
- GINÉS, A. M. (2012). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En N. de LEÓN (Comp.), *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp. 37-50). Montevideo: Universidad de la República, Comisión Sectorial de Investigación Científica.
- Gobierno intimado a solucionar el caos asistencial en Etchepare. (2015, marzo 30). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/gobierno-intimado-solucionar-caos-asistencial-etchepare.html>
- GODOY, G. (2016). *Discurso clínico-normalizador en las narraciones de madres de personas con espectro autista* (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago). <https://repositorio.uc.cl/xmlui/handle/11534/21227>
- GOFFMAN, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GÓMEZ PÉREZ, M. (2001). La protección de los Derechos Humanos y la soberanía nacional. *Derecho PUCP*, (54), 229-244. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.200101.007>
- GORDON, C. (2015). Racionalidad gubernamental. Una introducción. *Nuevo Itinerario*, 10(10), 1-58. Recuperado de <https://hum.unne.edu.ar/revistas/itinerario/revista10/articulo10.pdf>
- GREBERT, L. (2013). Clinique de La Borde. Un espacio de vida. En N. DE LEÓN (Comp.), *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 125-147). Montevideo: Levy.
- GUATTARI, F. (1977). *Deseo y Revolución*. Buenos Aires: Lobo suelto.
- HALL, S. (2010). *Sin garantías: trayectorias y problemáticas en estudios culturales*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador (Pontificia Universidad Javeriana), Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, Enviño.
- HALLIDAY, M. A. K. (1982). *El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y del significado*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Hay lugar. (2015, mayo 7). *La Diaria*.
- HEREDIA, J. M. (2012). Los conceptos de afectividad y emoción en la filosofía de Gilbert Simondon. *Revista de Humanidades*, (26), 51-75. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3212/321227327003.pdf>
- HERNÁNDEZ, D. M., y SANMARTÍN-RUEDA, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(35), 43-56. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.psmc>
- Historia de la diaria. (2019, diciembre 27). *La Diaria*. Recuperado de <https://ayuda.ladiaria.com.uy/historia/>
- HONNETH, A. (2014). *El derecho de la libertad*. Madrid: Katz.
- Inician traslado de pacientes. (2015, abril 1). *El País*.
- INSEL, T. (2013). Post by Former NIMH Director Thomas Insel: Transforming Diagnosis [Publicación en Blog].
- INSTITUTO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES DEL URUGUAY (IELSUR) (2006). *Estudio sobre armonización legislativa conforme a los tratados de Derechos Humanos ratificados por Uruguay u otras normas legales con fuerza vinculante*. Montevideo: Productora.

- Investigación en el Clínicas por fiesta de estudiantes con un cadáver. (2015, mayo 15). *Montevideo Portal*. Recuperado de <https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Investigacion-en-el-Clinicas-por-fiesta-de-estudiantes-con-un-cadaver-uc271224>
- Jueces dicen que “es la única alternativa”. (2015, febrero, 24). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/jueces-dicen-unica-alternativa.html>
- Jueces no tienen dónde enviar a delincuentes inimputables. (2016, abril 27). *El País*.
- KRAMER, E (2012). La Diaria: en busca de nuevos suscriptores. *Casos*, (47). Recuperado de <https://facs.ort.edu.uy/facs/pdf/Casos47.pdf>
- KRISTEVA, J. (1997) *Semiótica 1*. Madrid: Espiral.
- La deuda que nadie paga. (2015, enero 4). *El País*.
- La ley que pondrá punto final a los manicomios. (2016, octubre 15). *El País*.
- La mitad de los pacientes en Vilardebó son judiciales. (2015, mayo 19). *El País*.
- La salud mental a medio camino. (2016, julio 23). *El País*.
- LALONDE, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Toronto: Government of Canada. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10204/informe-lalonde.pdf>
- LANTERI LAURA, G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. París: Du Temps.
- LEMKE, J. (1993). Discourse, dynamics, and social change. *Cultural Dynamics* 6(1), 243-275. <https://doi.org/10.1177%2F092137409300600107>
- Ley protege a perros «asesinos» (2015, marzo 27). *El País*.
- Llegó el momento (2015, agosto 5). *La Diaria*.
- MANCINI, M. A. (2011). Understanding Change in Community Mental Health Practices through Critical Discourse Analysis. *The British Journal of Social Work*, 41(4), 645-667.
- MARCHESE, M., y Celerier, C. (2017). The representation of mental health sufferers in administrative and legal discourse. *Discourse & Society*, 28(1), 42-59.
- MARX, K. (2014b). *El capital tomo I. El proceso de producción del capital*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- (2014a). *Antología*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Médicos acusan actos «aberrantes» en la Etchepare (2015, mayo 29). *El País*.
- Ministerio de Salud Pública, Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental (2005). Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 155-160. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03\\_3\\_asm.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_3_asm.pdf)
- Ministro de Salud declara por muerte en Etchepare. (2015, marzo 28). *El País*.
- MOLEK-KOZAKOWSKA, K. (2013). Towards a pragma-linguistic framework for the study of sensationalism in news headlines. *Discourse & Communication*, 7(2), 173-197. <https://doi.org/10.1177/1750481312471668>
- Mudan 60 pacientes; faltan 21. (2015, abril 7). *El País*.
- Mujer se ahorcó en sala de seguridad de Vilardebó. (2016, febrero 27). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/mujer-ahorco-sala-seguridad-vilardebo.html>
- MUÑOZ, A. (2015a, marzo 31). Acatan órdenes. *La Diaria*.
- (2015b, diciembre 15). Adiós, manicomios. *La Diaria*.
- (2015c, marzo 30). Amores perros. *La Diaria*.
- (2015d, abril 8). Basso planteó necesidad de generar un nuevo marco legal en salud mental. *La Diaria*.
- (2015e, julio 21). Comunes y corrientes. *La Diaria*.
- (2015f, agosto 7). En tránsito. *La Diaria*.
- (2015g, junio 2). Entre doctores. *La Diaria*.
- (2015h, agosto 19). Locos con razón. *La Diaria*.

- MUÑOZ, A. (2015i, octubre 12). Locura nacional. *La Diaria*.  
 — (2015j, abril 9). Otro destino. *La Diaria*.  
 — (2015k, junio 18). Poco a poco. *La Diaria*.  
 — (2015l, abril 17). Saltando muros. *La Diaria*.  
 — (2015m, mayo 18). Tras fugas de pacientes judiciales del Vilardebó, ASSE reconoce que capacidad está al límite y refuerza guardia con servicio policial. *La Diaria*.  
 — (2015n, abril 2). Un modelo agotado. *La Diaria*.  
 — (2016a, agosto 15). Abriendo paso. *La Diaria*.  
 — (2016b, octubre 12). Cámara de Senadores aprobó el proyecto de ley de salud mental. *La Diaria*.  
 — (2016c, octubre 6). Esperan rápida aprobación de Ley de Salud Mental. *La Diaria*.  
 — (2016d, junio 17). Nunca fue fácil. *La Diaria*.  
 — (2016e, octubre 13). Organizaciones marcharon por el Día Mundial de la Salud Mental y rechazaron el proyecto de ley. *La Diaria*.  
 — (2016f, octubre 5). Proyecto de ley de salud mental se aprobó en comisión. *La Diaria*.  
 — (2016g, marzo 4). Sin cuidado. *La Diaria*.  
 — (2017a, agosto 9). Cámara de Diputados votó el proyecto de ley de Salud Mental, que vuelve al Senado por las modificaciones introducidas. *La Diaria*.  
 — (2017b, mayo 9). Comisión de Salud Pública de Diputados debate si aprobar el proyecto de Salud Mental tal como vino del Senado, o reformarlo. *La Diaria*.  
 — (2017c, mayo 10). Preacuerdo en Diputados para votar sin cambios proyecto de salud mental. *La Diaria*.  
 — (2017d, mayo 17). Reclaman modificación de proyecto de ley de salud mental. *La Diaria*.
- Nacional: Comisionado parlamentario pide extender el servicio de salud de ASSE a todas las cárceles del país (2016, marzo 4). *La Diaria*.
- No vamos a poder cerrar las Colonias. (2015, julio 13). *El País*.
- Objeciones a ley sobre salud mental. (2017, mayo 8). *El País*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*.  
 — (2005). *Declaración Europea de Salud Mental*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf>  
 — (2010). *Consenso de Panamá*. Recuperado de <https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/consenso%20de%20panama.pdf>  
 — (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Recuperado de [https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf)  
 — (2012). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/Declaracion%20Alma%20Ata%20APS%201978.pdf>  
 — (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
- RODRÍGUEZ, J. (2007). *La Reforma de los Servicios de Atención en Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington D. C.: OPS.
- Pacientes desprotegidos en sus derechos humanos (2015, marzo 31). *El País*.
- Pacientes judiciales salen del Vilardebó (2016, marzo 20). *El País*.
- PAGOLA, F. (2015, junio 25). Se puede. *La Diaria*.
- PERCIA, M. (2011). *Inconformidad: Arte política psicoanálisis*. Lanús: La cebra.

- PERCOVICH, G. (2016, octubre). Disyunción: ley del trastorno mental o de salud mental. Conferencia dictada en *IV Encuentro Antimanicomial, Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna*, Montevideo.
- Piden más plazo para obras en las colonias psiquiátricas (2015, mayo 9). *El País*.
- Plan del MSP para psiquiátricos incluye el cierre de las colonias (2015, abril 8). *El País*.
- Policía capturo a otro de los fugados del Vilardebó: quedan 6 prófugos (2015, febrero 24). *El País*.
- Proyecto de ley de salud mental: se aprobó en comisión y será votado en la primera quincena de agosto por Diputados (2017, julio 12). *La Diaria*.
- Qué es Vilardevoz... (s. f.). *Vilardevoz*. Recuperado de <http://vilardevoz.blogspot.com/p/que-es-vilardevoz.html>
- QUIROGA LEÓN, A. (2005). Relaciones entre el derecho internacional y el derecho interno: nuevas perspectivas doctrinales y jurisprudenciales en el ámbito americano. *Revista Ius Et Praxis*, 11(1), 243-267. Recuperado de <http://www.revistaiepraxis.cl/index.php/iepraxis/article/view/530/395>
- RADAKOVICH, R., ESCUDER, S., MORALES, J., y PONCE, M. (2013). *Trazando un mapa de medios digitales en el Uruguay*. Londres: Open Society. Recuperado de <https://anaforas.fic.edu.uy/jspui/handle/123456789/49079>
- HESSEL, L., y GUATTARI, F. (2018, febrero 03). *Lula, Guattari y la Revolución Molecular*. Recuperado de <https://rebellion.org/lula-guattari-y-la-revolucion-molecular/>
- Reformas en el pabellón 24 se harán con los internos adentro. (2015, abril 4). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/reformas-pabellon-haran-internos-adentro.html>
- REHERMANN, X. (2018). *Locura y encierro. Reflexión sobre las prácticas de Rehabilitación que se desarrollaron en las Colonias de Asistencia Psiquiátrica Bernardo Etchepare, Santín Carlos Rossi; período 2013-2014* (Trabajo final de grado, Universidad de la República, Montevideo).
- RESTREPO-ESPINOSA, M. H. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 39-55. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200003&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200003&script=sci_abstract&tlng=es)
- RIBEIRO, A. (2015, abril 8). Animales en disputa. *El País*.
- Salud Mental solicitará apoyo al Poder Judicial para exterminar perros (2015, marzo 26). *El País*.
- SANGUINETTI, J. M. (2015, abril 19). ¿Y los DD. HH.? *El País*.
- SCHMITT, C. (2018). *El concepto de lo político*. Madrid: Alianza.
- Según la jueza, los perros son innumerables (2015, marzo 30). *El País*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/jueza-perros-son-innumerables.html>
- Senado aprobó la Ley de Salud Mental; Javier García pidió que el MSP introduzca partidas en la Rendición de Cuentas. (2017, agosto 11). *La Diaria*.
- Si la ley no es practicable, es lo mismo que no estuviera (2017). *Revista de la CPU*, 292, 17-20.
- SIMONDON, G. (2008). *El modo de existencia de los objetos técnicos*. Buenos Aires: Prometeo.
- (2015). *La individuación a la luz de las nociones de forma y de información*. Buenos Aires: Cactus.
- Sindicato del Vilardebó se reunirá con el gobierno la semana que viene (2015, febrero 27). *El País*.
- NICKEL, J. (2021). Human Rights. En E. N. ZALTA y U. NODELMAN (Eds.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy* Recuperado de <https://plato.stanford.edu/entries/rights-human/>
- TECHERA, A., DE LEÓN, N., APUD, I., CANO, A., JURADO, F., KAKUK, J., ... SÁNCHEZ, C. (2013). Pasado, presente y futuro de las políticas públicas en salud mental. En N. DE LEÓN (Comp.), *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (pp. 15-24). Montevideo: Universidad de la República. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/9499>

- TRAVERSO, E. (2016). *La historia como campo de batalla*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2018). *Melancolía de izquierda*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- TUGENDHAT, E. (1998). *Ser-Verdad-Acción*. Barcelona: Gedisa.
- Un parche para vivir (2015, setiembre 22). *La Diaria*.
- Una deuda humanitaria (2015, abril 4). *El País*.
- UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA (2016). Lanzamiento de Comisión Nacional por Ley de Salud Mental. *Portal de la Udelar*.
- URUGUAY (1936, agosto 24). Ley n.º 9.581. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>
- (1949, enero 17). Ley n.º 11.139: Patronato del Psicópata. Creación. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>
- (1967). Constitución de la República. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>
- (1991, marzo 30). Ley n.º 16.173: Convención de Viena sobre el derecho de los tratados entre Estados y organizaciones internacionales o entre organizaciones internacionales. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/16173-1991>
- (2007, diciembre 13). Ley n.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- (2008a, noviembre 20). Ley n.º 18.418: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/18418-2008#:~:text=Los%20Estados%20Partes%20reconocer%20el%20derecho%20de%20adquirir%20y%20cambiar%20una>
- (2008b, agosto 18). Ley n.º 18.331: Ley de Protección de Datos Personales. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- (2013, agosto 28). Ley n.º 19.120: Faltas y conservación y cuidado de los espacios públicos. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8977257.htm>
- (2017, setiembre 19). Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- URWICZ, T. (2017, marzo 12). La locura llegó al barrio: un hogar que despertó lo peor del vecino. *El País*.
- UVAL, N. (2018). *El Mercosur en la prensa uruguaya (1991-2016)*. *Región, nación e identidad* (Tesis de doctorado, Universidad Nacional de La Plata, La Plata). <https://doi.org/10.35537/10915/69536>
- VAN DIJK, T. A. (2002). Discurso y racismo. *Persona y sociedad*, 16(3), 191-205. Recuperado de <http://www.discursos.org/oldarticles/Discurso%20y%20racismo.pdf>
- Vázquez insiste en prohibir fumar a 200 metros de escuelas y hospitales (2017, junio 6). *El País*.
- Vidas rotas dentro de la Etchepare (2015, abril 5). *El País*.
- VOLÓSHINOV, V. (2009). *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Godot
- VOMERO, F. (2018) Andrés Crovetto, el primer etnógrafo del manicomio y la locura en Uruguay. *Articulando*. Recuperado de <http://articulando.com.uy/crovetto-manicomio-locura/>
- WANDEKOKEN, K., QUINTANILHA, B., y DALBELLO-ARAUJO, M. (2015). Biopolítica e Assistência aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. *Revista Subjetividades*, 15(3), 389-397. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n3/07.pdf>



«No debe haber existido época en la que no se haya intentado esbozar un discurso sobre cómo tratar con lo raro, lo diverso, lo desarmónico», dice el autor de este libro. Desde la Ley sobre la Asistencia a Psicópatas de 1936 hasta la Ley de Salud mental de 2017, la sociedad uruguaya ha tenido en la prensa escrita un espejo para mirarse en relación con aquello que le resulta disruptivo, y ha visto particularmente a los y las profesionales como los encargados de volverlo clasificable y, por lo tanto, maleable.

En este sentido, esta publicación analiza los discursos de las y los profesionales en la prensa escrita uruguaya en el contexto de aprobación de la Ley n.º 19.529. La intertextualidad en relación con la desinstitucionalización en salud mental osciló de 2015 a 2017, entre la perspectiva comunitaria como forma de garantizar y producir libertad, y, a su vez, la necesidad de tener un hospital penitenciario para regularla.

Invitamos a lectores y lectoras a navegar los textos de médicos, psicólogos y abogados.