



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**Licenciatura en Trabajo Social  
Monografía final de grado**

## **Desinstitucionalización en el campo de la salud mental:**

Un abordaje a partir del dispositivo alternativo Movimientos para las Autonomías

**Andrea Yakeline Ibarra Fontes**

Tutora: María José Beltrán Pigni

**Montevideo, Uruguay**

**2024**

## Resumen

El presente documento brinda un análisis sobre el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay, a partir del estudio de la creación de dispositivos alternativos, sujeto por lo dispuesto en la ley N° 19.529 de Salud Mental, abordando particularmente el dispositivo alternativo Movimientos para las Autonomías. Esta ley se presenta como eje principal a lo largo del documento para el análisis y comprensión del objeto de estudio, en la medida que consolida en la actualidad el proceso de desinstitucionalización, que tuvo inicio en la época de la post-dictadura cívico militar. La metodología llevada a cabo se basa en una entrevista semiestructurada realizada a una referente del equipo técnico y un grupo focal con participantes de los tres colectivos que conforman el dispositivo. Como resultado final se observa que a pesar de que la ley fue aprobada en el año 2017, aún no se han logrado concretar adecuadamente todas las disposiciones que en ella se expresan. Así se refleja en el caso de dispositivos alternativos como MPLA, pues si bien cumple con lo planteado en la ley desde una perspectiva de derechos humanos, a su vez, su abordaje desde un enfoque interdisciplinar y multidimensional, así como el trabajo intersectorial, sucede mayormente por la voluntad del equipo técnico que lo coordina.

*Palabras claves:* desinstitucionalización; salud mental comunitaria; dispositivos alternativos.

## Agradecimientos

A mi familia y amigas, mi sostén.

A cada una de las personas que me acompañaron durante este camino, quienes aún continúan y aquellas que alguna vez lo hicieron.

A quienes conocí en el desarrollo de mi pasantía en el PTIC.

A quien me acompaña en el andar, ¡qué lindo fue transitar esto con vos!

A todas las personas que conforman Movimientos para las Autonomías, sin ellas no hubiese sido posible este trabajo.

Recuerdo aquella reunión de equipo de MPLA, donde nos encontrábamos sentados/as en ronda, bajo la pérgola al lado del gran ombú, y surgió la frase “somos compost” de Donna Haraway que nos identificó en aquel momento.

De la descomposición de la frase “somos compost”, compongo:

“Somos compost”

Porque nos descomponemos para volvernos a componer

“Somos compost”

Porque nos deconstruimos en un proceso de transformación y creación

“Somos compost”

Porque nos transformamos juntos/as en este proceso de des/composición, de re/construcción

“Somos compost”

Porque somos vida, somos soñar, somos compartir, somos sentir, somos crear

“Somos compost”

Porque nos descomponemos en conjunto para volver a componer en comunidad

## Tabla de contenido

Introducción.....	pág.4
Presentación del objeto de estudio.....	pág.5
Preguntas orientadoras.....	pág.5
Objetivo general.....	pág.5
Objetivos específicos.....	pág.5
Categorías teóricas para analizar el objeto.....	pág.6
Aspectos Metodológicos.....	pág.9
Capítulo 1: Proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay	
1.1. Dimensiones del proceso de reforma.....	pág.12
1.2. Importancia de la desinstitucionalización .....	pág.13
1.3. Proceso de desinstitucionalización en Uruguay.....	pág.19
Capítulo 2: Desinstitucionalización a partir del dispositivo alternativo MPLA	
2.1. Breve historicidad del dispositivo MPLA.....	pág.26
2.2. Descripción del dispositivo MPLA en la actualidad.....	pág.32
2.3. Análisis de MPLA en el proceso de desinstitucionalización.....	pág.36
Capítulo 3: Trabajo Social en el proceso de desinstitucionalización desde MPLA	
3.1. Trabajo Social en el campo de la salud mental.....	pág.43
3.2. Rol del Trabajo Social en MPLA.....	pág.45
Consideraciones finales.....	pág.49
Referencias bibliográficas.....	pág.53
Anexos	
1. Pauta de entrevista semiestructurada.....	pág.57
2. Pauta de grupo focal.....	pág.58

## **Introducción**

El presente trabajo se constituye como la monografía final de grado, requisito para la obtención del título de Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (UdelaR).

El tema abordado es el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay, a partir del estudio de la creación de dispositivos alternativos, abordando particularmente el denominado “Movimientos para las Autonomías” (MPLA).

El interés se despierta durante la realización de una pasantía de Trabajo Social, por un período de dos años (2021 a 2023) en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTIC), mediante un convenio entre la Intendencia de Montevideo (IM) y la FCS-UdelaR. Se acompañó en este tiempo a los colectivos participantes del área agroecológica comunitaria (AAC) del PTIC, de los cuales dos se enmarcan en MPLA.

Se buscará explorar cómo se expresa el proceso de desinstitucionalización en este dispositivo, teniendo como principal referencia la ley N° 19.529 de Salud Mental, desde una perspectiva de derechos humanos. A su vez se indaga sobre el rol del Trabajo Social en este proceso, tomando como referencia la participación de esta disciplina en MPLA.

Su abordaje es considerado pertinente ya que no se encuentran antecedentes de trabajos en el dispositivo desde esta disciplina, siendo relevante contar con una multiplicidad de miradas, entre ellas la del Trabajo Social, de cara al cumplimiento de la ley N° 19.529 que contiene una visión intersectorial e interdisciplinar.

## **Presentación del objeto de estudio**

Uruguay se encuentra transitando un proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental, que como se expresa en el apartado 1.3 del capítulo 1, ha tenido diversos antecedentes normativos que llevaron a la promulgación de la ley de Salud Mental (N° 19.529), aprobada en agosto de 2017.

Para ello es de suma importancia contar con alternativas que sustituyan las lógicas manicomiales, logrando así pasar de un modelo asilar a un modelo comunitario de atención dirigida hacia la salud mental. Como se expresa en la ley N° 19.529 (2017), “se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas” (art. 37).

Este trabajo tiene entonces como objeto de estudio el proceso de desinstitucionalización, mediante la creación de dispositivos alternativos, como MPLA, en el marco de la presente ley.

### **Preguntas orientadoras**

- ¿Cómo concibe el dispositivo MPLA a la salud mental?
- ¿Qué ofrece el dispositivo MPLA para el proceso de desinstitucionalización?
- ¿Qué fortalezas y debilidades tiene el dispositivo MPLA en función de la ley N° 19.529 de Salud Mental?
- ¿Qué rol le es asignado al Trabajo Social en MPLA?

### **Objetivo General**

Analizar el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental a partir del estudio de la creación de dispositivos alternativos.

### **Objetivos Específicos**

- Describir el dispositivo MPLA y analizar cómo se inserta en el marco de la ley N° 19.529 para contribuir al proceso de desinstitucionalización.

- Explorar los aportes del dispositivo MPLA al proceso de desinstitucionalización en el marco de la ley N° 19.529 de Salud Mental.
- Indagar sobre el rol que tiene el Trabajo Social en el dispositivo MPLA.

### **Categorías teóricas para analizar el objeto**

En la medida que se propone investigar sobre dicha temática, es necesario analizar las diversas categorías teóricas que transversalizan este trabajo: desinstitucionalización y salud mental, siendo importante a su vez expresar la discusión de salud mental con el modelo comunitario, en la medida que la perspectiva de análisis será pensada a través de éste.

Se entiende por desinstitucionalización al proceso de transformación del modelo de atención institucional, que en el caso de la salud mental es el pasaje del modelo asilar al modelo comunitario. De esta manera, la desinstitucionalización supone que “antes o paralelamente se desarrollen nuevas prácticas y servicios alternativos que han demostrado ser más eficientes, efectivos y humanos, que mantienen a las personas con enfermedades mentales en su comunidad y que protegen sus derechos” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020, p. 4).

Esto es posible mediante la búsqueda de “solución de los problemas y la satisfacción de las necesidades de las personas [...] Abordarlos servirá de orientación para desarrollar los servicios y las prácticas constitutivas del nuevo sistema de salud mental” (OPS, 2020, p. 4).

Según Domènech, Tirado, Traveset y Vitores (1999, p. 24), la desinstitucionalización conlleva tres procesos básicos: “el despoblamiento de los hospitales psiquiátricos, la desviación de admisiones institucionales hacia servicios basados en la comunidad y, por último, la descentralización, que implica que múltiples entidades o servicios se responsabilicen de un mismo paciente”.

Asimismo es relevante traer los aportes de De León y Techera (2015), quienes mencionan dos fuerzas instituyentes en el proceso de reforma de la atención en salud mental, la antimanicomial y la desmanicomialización:

existe entre lo antimanicomial y la desmanicomialización una complementariedad, donde lo antimanicomial es la acción de descomposición de las relaciones de poder y la desmanicomialización la construcción sustitutiva de nuevas relaciones, donde las

personas con padecimiento psicosocial no están ubicadas en relación de dependencia. (De León, 2015, en De León y Techera, 2017, p. 55)

Estas fuerzas instituyentes se producen en contraposición a lo instituido. Por lo cual, tomando los aportes de Lapassade (1999), se podría decir que este proceso de desinstitucionalización es también un nuevo proceso de institucionalización, en la medida que el proceso de institucionalización es aquel por el cual los aspectos instituyentes se transforman en instituidos.

Lo instituido, según Schvarstein (1991) es “aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social” (p. 26), remite así a lo ya establecido, las normas que rigen, en este caso las normas que avalan la institucionalización en un centro monovalente con un modelo de atención asilar. Por otra parte, la fuerza instituyente es “constituida como protesta y como negación de lo instituido” (Schvarstein, 1991, p. 27), es decir, es aquella fuerza que cuestiona, lo que se está por fundar o se está fundando (modelo comunitario) y se opone a lo instituido (modelo asilar), permitiendo el cambio social.

Es así que se comienza a dar un proceso de desinstitucionalización con un pasaje a un nuevo proceso de institucionalización, a través del cierre de las instituciones monovalentes y la creación de dispositivos alternativos, pasando de un modelo de atención asilar a un modelo de atención comunitario.

A su vez, Lapassade (1999) considera que lo que ocurre aquí y ahora en un grupo, en una organización social, tiene relación con el tejido institucional de la sociedad. Es decir, las instituciones atraviesan a los grupos y organizaciones, y este atravesamiento institucional lo que permite es comprender cómo determinados modos de hacer y de pensar se producen y reproducen en una sociedad. De esta manera lo instituido condiciona las formas de hacer y pensar de la sociedad, en este caso las formas de ver y actuar sobre la salud mental.

Respecto al concepto de salud mental, cabe mencionar que este es un concepto polisémico, el cual puede ser entendido en una amplia variedad de sentidos.

Fernández (2012) comprende el concepto de salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria, mediante una concepción epidemiológica, desde la contraposición de la epidemiología crítica con la epidemiología tradicional o convencional. El objeto de estudio de la epidemiología crítica “se ocupa del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en los colectivos, como construcción social” (p. 6),

mientras que la tradicional o convencional, “tiene como objeto la ocurrencia, distribución y factores asociados a las enfermedades en las poblaciones” (p. 6).

La ley N° 19.529 (2017) que rige en la actualidad, refleja la complejidad de este concepto, definiendo a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (art. 2). Se puede entender así, desde la postura de Fernández (2012), que esta concepción se posiciona desde una perspectiva epidemiológica tradicional, donde el método se encuentra “centrado en el individuo, propio del Modelo Médico Hegemónico” (p. 5). Sin embargo, se continúa expresando en la ley N° 19.529 (2017) que “dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (art. 2), dando cuenta de una perspectiva multidimensional, siendo necesario para su abordaje tener una multiplicidad de miradas.

A su vez en el cuerpo de esta ley, se puede observar el repetido uso de la palabra “trastornos mentales”, definiéndose dentro del mismo artículo como “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal” (art. 2). Es así que el concepto de salud mental parte de la dicotomía salud-enfermedad, pudiendo entenderse desde la perspectiva epidemiológica tradicional, ya que “la noción de Salud Mental, paradójicamente es conceptualizada sobre la idea de Enfermedad (algunas veces como trastorno psicológico y algunas otras como trastorno psiquiátrico y algunas otras como trastorno emocional), pero siempre en el orden de los "trastornos" ” (Fernández, 2012, p. 5).

Luego de estas discusiones sobre el concepto de salud mental en la ley, es preciso hacer referencia como concepto principal al de salud mental comunitaria, en la medida que el proceso de desinstitucionalización parte de un cambio dirigido hacia un modelo comunitario.

Desde organismos oficiales se define el modelo comunitario en los siguientes términos:

El modelo comunitario no lo define el espacio físico, sino que se refiere fundamentalmente a que la atención en salud mental está inmersa y participa de la realidad comunitaria y de su complejidad. Este modelo permite comprender la importancia del contexto en la salud y la recuperación de la persona, favorece su inclusión social y provee de las condiciones para el pleno ejercicio de sus derechos

con el fin de mejorar su calidad de vida. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2020, p. 21)

Es así que “la salud mental comunitaria, comprende el conjunto de acciones orientadas a mejorar la salud mental de la comunidad y abordar los problemas de salud y sus determinantes de una manera integral” (OPS, 2013, p. 2).

### **Aspectos metodológicos**

El diseño seleccionado para el abordaje de este trabajo es de tipo exploratorio, ya que como fue mencionado, desde la disciplina de Trabajo Social no se encuentran antecedentes de trabajos en el dispositivo de MPLA, en el marco del proceso de desinstitucionalización desde el campo de la salud mental.

Este tipo de estudios exploratorios se realizan “cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Se caracterizan por ser más flexibles y amplios en su metodología en comparación con los estudios descriptivos o explicativos” (Batthyány y Cabrera, 2011, p. 33).

Siguiendo la línea de Batthyány y Cabrera (2011), se utilizará el método cualitativo donde los/las investigadores/as recolectan los datos de campo en los lugares en que los/las participantes de la muestra experimentan el fenómeno o el problema de estudio, con el objetivo de comprender el tema que se desea estudiar.

Por ende, los datos serán recolectados en el PTIC, donde se despliega en mayor medida el dispositivo, siendo un punto de encuentro para dos de los tres colectivos que lo integran, al igual que el equipo que acompaña las experiencias, junto con otras instancias que se desarrollan en el marco de este (plenarios, asambleas, reuniones de equipo, talleres, etc.).

De esta manera, en la investigación cualitativa “el investigador se focaliza en aprender el significado que los participantes otorgan al problema o fenómeno en cuestión, no en el significado que los investigadores le han dado ni a lo que expresa la literatura al respecto” (Batthyány y Cabrera, 2011, p. 78).

Para este trabajo se focaliza en qué significado le dan las personas involucradas en MPLA a la salud mental desde el proceso de desinstitucionalización, en el marco de la ley de Salud Mental (N° 19.529).

Teniendo en cuenta el objeto de estudio de este trabajo es relevante poder recabar datos sobre qué proporciona el dispositivo MPLA al proceso de desinstitucionalización en el marco de la presente ley.

Esos datos serán tomados como fuentes primarias, definidas como “cualquier tipo de indagación en la que el investigador analiza la información que él mismo obtiene, mediante la aplicación de una o varias técnicas de obtención de datos” (Batthyány y Cabrera, 2011, p. 85).

Como técnicas de obtención de datos se utiliza la entrevista semiestructurada y el grupo focal. En cuanto a las entrevistas semiestructuradas, según Corbetta (2007) “el investigador dispone de un <<guión>>, con los temas que debe tratar en la entrevista. Sin embargo, el entrevistador puede decidir libremente sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular las preguntas” (pp. 352-353). Para ello se entrevistará a una referente del equipo técnico de MPLA.

El grupo focal es considerado como “una técnica de investigación que recoge los datos a través de la interacción de grupo en relación con un tema determinado por el investigador” (Morgan, 1996, en Ruiz, 2016, p. 3). Por tanto, se tomará la interacción de grupo con la participación de integrantes de los tres colectivos (“Compaz”, “Juntas Podemos” y “Carancho y Fuego”), teniendo en cuenta las diferentes opiniones de cada participante en relación al tema dispuesto. Es así que para Ruiz (2016) “el focus group persigue captar las opiniones (individuales) de cada uno de los participantes, expresadas en un contexto de influencia recíproca” (p. 6).

Estas técnicas se encuentran orientadas a recoger información sobre MPLA, desde su modo de funcionamiento, relacionamiento con el proceso de desinstitucionalización, las distintas perspectivas que tienen los/las s participantes sobre el mismo, etc.

Esto permite orientar el análisis del proceso de desinstitucionalización a partir de los dispositivos de salud alternativos, tomando como referencia a MPLA, en un contexto de cambio de perspectiva aportado por el proceso de reforma en la atención dirigida hacia la salud mental, según lo estipulado en la ley N°19.529.

Para la exposición, se optó por dividir el trabajo en tres capítulos. En el primer capítulo se desarrollará brevemente el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay, por una parte expresando las distintas dimensiones del proceso de

reforma, y por otra, argumentando la importancia de la desinstitucionalización, y realizando una descripción de diferentes hitos normativos que dan cuenta de este proceso en el Uruguay.

El segundo capítulo hará foco al dispositivo alternativo MPLA, expresando en primer lugar una breve historicidad desde su proceso de creación, siguiendo con una descripción del mismo en la actualidad, y a posteriori un análisis de cómo se inserta en el marco de la ley N° 19.529 para contribuir al proceso de desinstitucionalización. Este dispositivo se presenta en consideración de un cambio del modelo asistencial al modelo comunitario de atención a la salud mental.

En cuanto al capítulo tercero, se abordará el Trabajo Social en el campo de la salud mental desde MPLA, en el marco del proceso de desinstitucionalización, como partícipe del abordaje interdisciplinario orientado hacia la construcción de una salud mental comunitaria, indagando por un lado el rol de dicha disciplina en el campo de la salud mental en general y en este dispositivo en particular.

Finalmente, se expresan las consideraciones finales que intentarán dar cuenta de un proceso complejo que se continúa transformando como tal, con un marco normativo que direcciona el pasaje a un modelo de atención comunitaria, con perspectiva en derechos humanos, interdisciplina y desmanicomialización.

## Capítulo 1

### Proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental en Uruguay

#### 1.1. Dimensiones del proceso de reforma

Al hablar sobre el proceso de desinstitucionalización es importante tomar los aportes de Amarante (2009), que comprende a éste como parte de cualquier proceso de reforma de la salud mental. El autor da cuenta de que el proceso de reforma en salud mental es un proceso social complejo y que tiene diferentes momentos, se transforma en el tiempo, atravesando distintos contextos a nivel político, social y cultural. Expresa lo siguiente:

Cuando hablamos de proceso pensamos en movimiento, en algo que camina y se transforma permanentemente. En este caminar van surgiendo nuevos elementos, nuevas situaciones a enfrentar [...] Finalmente, un proceso social complejo se constituye como entrecruzamiento de dimensiones simultáneas, que por momentos se alimentan y en otros generan conflictos: que producen pulsaciones, paradojas, contradicciones, consensos, tensiones. (Amarante, 2009, p. 63)

De esta manera, la reforma en salud mental es un proceso social que como tal cuenta con distintas dimensiones, las cuales no tienen necesariamente un orden en que suceden, sino que se entrecruzan en momentos de contribución y conflicto. Estas son: dimensión teórico-conceptual, jurídico-política, teórico-asistencial y sociocultural (Amarante, 2009).

La dimensión teórico-conceptual “nos transporta a la reflexión de los conceptos más fundamentales de la psiquiatría que [...] fue fundada en un contexto epistemológico en que la realidad era considerada un dato natural, capaz de ser aprehendida y revelada en su plenitud” (Amarante, 2009, p. 65). Se refiere por lo tanto, a las teorías que hay detrás de cada concepto, por lo que es importante pensar cómo nos posicionamos respecto a la salud mental ya que la teoría condiciona a la realidad. En otras palabras, según la teoría sobre la que nos posicionamos es cómo procederemos respecto a ella, si desde un modelo asilar o un modelo comunitario. El proceso de reforma sucede así mediante la incorporación de nuevas miradas, desde la interpelación y transformación.

En cuanto a la dimensión jurídico-política, refiere al cuerpo de normas y leyes que condicionan o afectan a las personas, desde la adjudicación de derechos, curatelas, etc. Se debe tener en cuenta en la actualidad que si bien se ha logrado avanzar en varias cuestiones sobre este tema, es muy necesario prestar atención a las leyes y realizar también algunas acciones en cuanto a éstas. Es así que el autor, plantea que en esta dimensión “se establece un conjunto de desafíos y estrategias. La revisión de toda la legislación es un primer aspecto, en tanto que el código penal como el civil, o aún otras leyes y normas sociales, están repletas de referencias nocivas para los sujetos en sufrimiento psíquico y representan obstáculos significativos en el ejercicio de ciudadanía” (Amarante, 2009, pp. 68-69).

La dimensión técnico-asistencial hace referencia a la salud, desde los modelos, las técnicas profesionales y los instrumentos que estas utilizan. Amarante (2009) expresa que el proceso de reforma no se restringe a los servicios de salud, en tanto implica también contar con el desarrollo de una red de modelos sustitutivos, del cual MPLA es un ejemplo.

Por último, respecto a la dimensión sociocultural, el autor refiere:

es el compromiso que la sociedad tomó al vincularse en la discusión sobre la reforma psiquiátrica con el objetivo de provocar al imaginario social y reflexionar sobre la temática de la locura, de la enfermedad mental, de los hospitales psiquiátricos, a partir de la propia producción cultural y artística de los actores sociales (usuarios, familiares, técnicos, voluntarios). (Amarante, 2009, p. 72)

Se trata entonces de un cambio social hacia una perspectiva de la salud mental, por ejemplo romper con la idea de peligrosidad asociada a los diagnósticos, puesto que no hay ninguna relación entre peligrosidad y locura, a pesar de que el sistema insista en lo contrario. De esta forma, parte de su transformación tiene que ver con el reconocimiento de los nuevos sujetos sociales que surgen del proceso de reforma.

## **1.2. Importancia de la desinstitucionalización**

Para entender la importancia de llevar adelante real y efectivamente la desinstitucionalización como transformación de un modelo de atención asilar a un modelo de

atención comunitario, es oportuno mencionar qué se entiende por institución total, cuáles son sus características, problemas, vulneraciones, etc.

Goffman (2001, p. 13) entiende a la institución total como “un lugar 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”.

El autor destaca que hay diferentes tipos de instituciones totales, algunas de ellas y las más notorias son las cárceles, sin embargo, no son las únicas que contienen el carácter intrínseco de prisión, habiendo otras en las que sucede sin que necesariamente alguno de sus integrantes haya infringido una ley, tales como los hospitales psiquiátricos.

Respecto a estos últimos, Foucault (2007) expresa que presentan un orden en su interior en el entendido de “una regulación perpetua y permanente de los tiempos, las actividades, los gestos; un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie pero también se imprime hasta en los nervios” (p. 16).

De esta forma, los hospitales psiquiátricos son instituciones totales que buscan aislar al individuo de la sociedad, con fines terapéuticos. Un individuo que es aislado de la sociedad es un individuo que es considerado por la misma como aquel que se encuentra por fuera de la norma, siendo esta “el resultado de la iniciativa y el emprendimiento de personas a las que podríamos definir como emprendedores morales. Hay dos especies de emprendedores morales, quienes crean las reglas y quienes las aplican” (Becker, 2009, p. 167).

Becker (2009) hace referencia al concepto de “outsiders”, lo cual significa “desviados” o “fuera de la norma”, no necesariamente hablando de quienes quebrantan una norma en el marco legal, sino que incluye a todas las personas que son marginadas.

Por ende, un “outsider” no es quien rompe una regla sino quien ha sido exitosamente etiquetado por otros como tal. Teniendo en cuenta que depende del grupo de poder que esté en ese momento, será cómo se aplican las normas y quiénes son los “outsiders/desviados”.

Un poder hegemónico en nuestra sociedad desde la modernidad, es el médico, y en el campo de la salud mental desde un modelo asilar es claramente el que predomina, ocupando este lugar la psiquiatría. Foucault (2000) entiende a los discursos de poder en su relación con la verdad:

existe una pertenencia esencial entre el enunciado de la verdad y la práctica de la justicia [...] resulta que, en el punto en que se encuentran la institución destinada a reglar la justicia, por una parte, y las instituciones calificadas para enunciar la verdad, por la otra [...] en ese punto se formulan enunciados que tienen el status de discursos verdaderos. (Foucault, 2000, p. 24)

En esta relación verdad-justicia, sobre la que habla Foucault (2000), en la medida que el saber médico es un saber destacado desde un lugar de poder, su discurso se vuelve un discurso de la verdad, que en el campo de la salud mental sucede que el discurso se asemeja fuertemente a lo que la psiquiatría expresa, sin tener en cuenta que en realidad es un campo que requiere ser abordado desde diferentes dimensiones y por tanto desde múltiples miradas.

Foucault (2007) ofrece la siguiente definición provisoria de poder psiquiátrico: “el poder psiquiátrico es el complemento de poder en virtud del cual lo real se impuso a la locura en nombre de una verdad poseída de una vez por todas por ese poder con el nombre de ciencia médica, psiquiatría” (p. 157). Por tanto, el poder psiquiátrico en un centro asilar direcciona la imposición de la realidad a la locura a través de una medicalización de conductas catalogadas como “anormales”, de manera que dirige y administra el funcionamiento tanto del hospital como de las personas residentes.

Es así que este modelo trae un discurso de la normalidad al que Foucault (2000) posiciona conceptualmente desde el poder, el cual se expresa por ejemplo en las pericias psiquiátricas a través del saber médico-judicial.

En estas, el juez toma un lugar de médico y el médico de juez, generando una patologización de la conducta, más allá de la acción concreta del individuo, en un ámbito que sustenta la norma (ámbito jurídico) donde la pericia médico legal “no se dirige a delincuentes o inocentes, no se dirige a enfermos en confrontación a no enfermos, sino a algo que es, creo, la categoría de los anormales, o si lo prefieren, es en ese campo no de oposición sino de gradación de lo normal donde se despliega efectivamente la pericia médico legal” (p. 49).

Entendiendo así que los marginados sociales, como menciona Becker (2009), se encuentran por fuera de lo que es “normal” para quienes crean las reglas. Lo normal, por tanto, es “una convención de la mayoría, a la vez que considera la totalidad –el “todos” como un todo homogéneo-, cuya regularidad adquiere un valor prescriptivo: como son todos es como se debe ser” (Angelino y Rosato, 2009, p. 28).

En otras palabras, desde una concepción a nivel de la sociedad, “lo normal y lo anormal no depende de un patrón universal, sino que obedece a ciertos criterios sociales de valoración en torno a qué modos de estar en el mundo son correctos para vivir en una sociedad determinada” (Techera y Apud, 2013, p. 27).

Caponi (2009) menciona que “a partir del momento en que se asocia el concepto de salud al de normalidad, entendida como frecuencia estadística, cualquier anomalía quedará inevitablemente asociada a la patología” (p. 535).

A su vez, la anomalía se asocia a la diferencia como valor negativo, “es aquello que una sociedad considera como jurídica y médicamente peligroso, lo nocivo, aquello que representa, al mismo tiempo, desviación de la media y amenaza a las normas” (Canguilhem, 1990, en Caponi, 2009, p. 536).

Por otra parte, es importante tener en cuenta el concepto de biopolítica para analizar este discurso psiquiátrico en relación a los “anormales” como oposición de lo “normal”. Entendiendo que “el cuerpo es una realidad biopolítica” (Caponi, 2009, p. 531), utilizado por la sociedad capitalista como forma de control más allá de la conciencia o la ideología. La biopolítica de la población surge a través de un proceso complejo de dos caras:

Por un lado, el dominio de lo vital (natalidad, salud, mortalidad y reproducción), que para los griegos era eminentemente privado, ingresará en el ámbito de lo social y, consecuentemente, de lo político. Los derechos de las mujeres, de los niños, de los trabajadores, el reconocimiento de los derechos básicos a la alimentación y la asistencia, aunque duramente conquistados, hablan de la positividad de esta biopolítica. Pero hay otra cara, oscura, de este mismo proceso: las políticas higiénicas, psiquiátricas y eugenésicas desarrolladas en el siglo XIX con el objetivo de mejorar la población y la raza clasificaron una serie de conductas que, bajo la categoría de anormalidad, pueden empezar a ser controladas médicamente. (Caponi, 2009, p. 534)

Sumado a la línea de Foucault (2000) respecto al poder, “una característica del biopoder es la creciente importancia de la norma sobre la ley: la idea de que es necesario definir y redefinir lo normal en contraposición a lo que le es opuesto, la figura de los “anormales”, considerados “excepción” a la norma” (Caponi, 2009, p. 532).

Se podría decir entonces que los hospitales psiquiátricos funcionan como centros depositarios de “outsiders”, personas marginadas que se encuentran por fuera de la norma en

el campo de la salud mental, aislando de la sociedad a aquellas personas que su salud mental no es considerada “normal”, no siendo como lo son “todos”.

De esta forma, los sujetos se constituyen como objeto de la biopolítica, en la medida que dentro de estas instituciones los cuerpos son controlados a través de la direccionalidad de lo “normal”, desde la medicalización de las conductas patológicas, conductas que desde el ámbito social y político son consideradas como “anormales” (Caponi, 2009).

Luego de entender estos conceptos, es posible observar las consecuencias que traen consigo para las personas marginadas. El aislamiento se considera el principal problema y vulneración, “la consecuente suspensión de la vida en comunidad y el desarraigo en los vínculos, así como la desvinculación en las redes asistenciales y socio-afectivas” (De León, de Pena y Silva, 2020, p. 5), colocando en posición de desventaja para emprender la externación a las personas encerradas en un centro manicomial.

A su vez, “la configuración de la persona como "paciente psiquiátrico" es un tránsito por circuitos intra y extra hospitalarios con demarcaciones subjetivas, sociales y políticas que trascienden el encierro” (De León et al., 2020, p. 5). En suma, “la alta prevalencia en el hospital psiquiátrico de personas signada por el desamparo social que viven en contextos de pobreza, con precariedad laboral, de vivienda, alimentaria y de seguridad social oficia de obstáculo para la externación” (p. 5).

Es así que este proceso de desinstitucionalización es fundamental para pensar la atención desde una perspectiva de derechos humanos, puesto que “la vulneración de derechos se presenta como el contexto de mayor producción de sufrimiento psíquico” (De León et al., 2020, p. 8), en la que el Estado debe de ser garante como agente principal responsable.

Considerar la existencia y persistencia de instituciones manicomiales, implica reconocer una doble vertiente del problema: 1) Político, ya que expresa la forma en que el Estado (des)atiende a las personas que padecen; 2) Derechos Humanos, porque revela la suspensión a-temporal de la condición de sujetos de derecho de las personas internadas. (ONU, 2017, en De León et al., 2020, p. 8)

Para contrastar este planteo con la realidad de nuestro país, se contempla una publicación sobre una muestra fotográfica titulada “Salud Mental y Privación de Libertad”,

realizada en el año 2021<sup>1</sup> con la finalidad de sensibilizar sobre las condiciones de privación de libertad por razones de salud mental, dando cuenta de la realidad de las instituciones monovalentes, mediante un registro fotográfico a partir de visitas al Hospital Vilardebó, Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial – CEREMOS y Área de Internación Psiquiátrica del Sector 6° B de la ex Cárcel Central.

Esta publicación puede contemplarse desde las distintas dimensiones de Amarante (2009) mencionadas con anterioridad.

En tanto que desde la dimensión teórico-conceptual se observa que el posicionamiento hacia la salud mental no es desde una perspectiva de derechos humanos, debido a la gran presencia de disciplinamiento, castigo y vigilancia, mostrando a un sujeto deshumanizado a través de lo que se menciona en esta publicación como: “medidas de contención”, “modelo custodial”, “medidas de aislamiento”, “cuartos fuertes”, entre otros.

En cuanto a la dimensión jurídico-política, se puede decir que se está frente a un riesgo de contravenir la actual ley N° 19.529, en tanto en ella se expresa una perspectiva de derechos humanos y proyección de la desmanicomialización, y sin embargo se terminan reproduciendo las mismas lógicas, generando lo que se podría decir “manicomios dentro de manicomios”, con estructuras que no contienen espacios adaptados para la atención en salud mental, titulándose una de las fotos “instalaciones y equipamientos deficientes”.

La técnico-asistencial, nos permite contemplar la prevalencia del poder médico en lugares de jerarquía de ciertas prácticas no catalogadas por los derechos humanos, como por ejemplo la contención física o química, el aval de los mecanismos de tortura como “medidas terapéuticas”, entre otros. Incluso esta presencia de poder se hace presente desde lógicas universalistas a través del exceso de fármacos, despersonalización generada por el etiquetado diagnóstico. Asimismo, es un lugar donde generalmente las personas no son egresadas, plasmada en la expresión que se coloca: “entrar para quedarse”, genera una gran dependencia sin poder de decisión, y en el caso contrario sucede generalmente la llamada “puerta giratoria”.

---

<sup>1</sup> Fotogalería en la terminal de ómnibus del barrio Cerro en Montevideo, llevada a cabo por diferentes actores institucionales: Mecanismo Nacional de Prevención [MNP] de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo [INDDHH], Municipio A de Montevideo y Observatorio Uruguayo de DDHH y Salud Mental-Programa APEX de la UdelaR.

Por otra parte, se refiere a la dimensión socio-cultural a través de una mirada social estigmatizante, que coloca a un “otro enfermo”, reproduciendo lógicas que enferman, desde el aislamiento, desvinculación, despersonalización, discriminación, además del uso del castigo como medida disciplinaria, desde la negación de atención psicológica, visitas conyugales, posibilidades laborales y de estudio. Así como una atención que tiene un bajo nivel de acciones socio-culturales y sin orientación para la posibilidad de una inclusión social de las personas.

De esta manera se puede concluir que:

Los servicios en los Hospitales y hasta los propios manicomios pueden llamarse “de Salud Mental”, aunque su trabajo puede ser absolutamente manicomial. Inclusive aunque tengan el barniz progresista con el sello del capitalismo del siglo XXI: apostar a que sólo la medicación será la piedra del cambio, considerando que el resto de los “auxiliares” sólo “entretienen” al paciente con “charlas” (psicoterapias), “talleres” (dispositivos grupales), y otros dispositivos descalificados como “auxiliares”. Mientras, se le administra su “verdadera” terapéutica: la medicación. Todo esto bajo una supuesta científicidad que no la es, ya que no toma en cuenta la verdadera complejidad de las problemáticas del padecimiento subjetivo en su dimensión bio-psico-social”. (Vainer, 2007, en Fernández, 2012, p. 8)

Es así que se puede observar la importancia que tiene este proceso de desinstitucionalización, para cuyo fin se destacará en el presente trabajo la importancia de la creación de dispositivos alternativos, como el de MPLA.

### **1.3. Proceso de desinstitucionalización en Uruguay**

Se comenzará el presente apartado destacando algunos hitos normativos relevantes en el campo de la salud mental en Uruguay, para luego describir ciertos acontecimientos claves para el proceso de desinstitucionalización.

En el campo de la salud mental, se crea inicialmente en 1936 la ley N° 9.581 Asistencia a Psicópatas, siendo la primera normativa en referir a padecimientos mentales,

llevando a cabo la regulación de las personas que padecían una “enfermedad psíquica” como lo expresa esta ley.

Posteriormente se aprobó en 1948 la ley N° 11.139 para la creación del Patronato del Psicópata, que en suma pretendía dar solución a las personas dadas de alta de las instituciones psiquiátricas, presentando como sus finalidades la protección al usuario/a, velar por su bienestar tras el reintegro social procurando brindar lo necesario para que ello suceda (alimentación, vivienda, trabajo), velar y asesorar a las familias de los/as usuarios/as, creación de un “hogar-taller” para los/as usuarios/as que no tengan amparo familiar, y proponer que el MSP y los demás organismos públicos tomen las medidas necesarias para el cumplimiento de estas finalidades (Ley N° 11.139, 1948, art. 1)<sup>2</sup>.

Entre la década de 1960-1970 comenzaron a aparecer algunas críticas a la atención de la salud mental, una de ellas a través del informe de Pierre Chanoit, que como lo expresan Techera et al. (2013), sirvió para pensar en un Plan Nacional de Salud Mental, el cual quedó pausado tras la censura dada por la dictadura cívico militar (1973-1985) en nuestro país.

A raíz de esto se produjo un “recrudescimiento en las instituciones de encierro en el marco del terrorismo de Estado” (De León, 2013, p. 91) que afectó el proceso de reforma.

Sin embargo, un acontecimiento importante que se dió durante este período, fue la declaración de Alma Ata en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en 1978, ya que desde allí se dió un cambio en las concepciones de salud, pasando de una mirada centrada en la “enfermedad” a una enfocada en la “salud”. En suma, tomando los aportes de Cherro (2004), “conceptos como Promoción y Prevención cobraron fuerza [...] La noción de atender a la gente allí donde la gente vive ganó terreno y en forma paralela las acciones comunitarias empezaron a desarrollarse” (p. 7).

A posteriori, se abre un preludio para el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental, iniciando un cambio de perspectiva, en la medida que en 1985 con

---

<sup>2</sup> A) 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. B) Velar por la situación de los familiares del enfermo mental y asesorarlos en la realización de gestiones, tales como obtención de licencias, trámites jubilatorios, juicios de incapacidad, etc. C) Fundar y administrar un "Hogar-Taller" destinado especialmente a aquellos enfermos mentales que no tengan amparo familiar y cuyo estado les permita continuar la cura, realizando trabajos adecuados por los que puedan obtener una remuneración. D) Proponer al Ministerio de Salud Pública y, por su intermedio, a los demás organismos públicos, las medidas que considere convenientes para el cumplimiento de las finalidades anteriores. (Ley N° 11.139, 1948, art. 1)

la reapertura democrática en Uruguay se permite cuestionar las normativas vigentes hasta ese entonces, surgiendo así nuevas propuestas y modelos en el campo de la salud y, a su vez, específicamente en el de la salud mental. Se reconocen algunos hitos que han atravesado este campo en concreto desde entonces: 1986 Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), 2007 ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), 2011 Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, 2017 ley N° 19.529 de Salud Mental, y 2020 Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027.

El PNSM de 1986, como lo expresa Cherro (2004), es promovido por iniciativa del MSP, con un fuerte componente de crítica al modelo asilar, convocando por primera vez a diferentes actores involucrados, tanto del ámbito público como privado, así como también promovió la asunción de un papel protagónico inédito por parte de los grupos de padres y madres, familiares y de autoayuda.

Los objetivos generales descritos en el Plan son los siguientes:

Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención. Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población. Dicha red de servicios debe proveer cobertura a toda la población de manera igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral. Creación de canales definidos de participación de las Instituciones y fuerzas sociales organizadas. (PNSM, 1986, p. 10)

Se destaca la creación en 1992 de una “red comunitaria coordinada entre los diferentes niveles de atención” (Nin, Regina y Porciúncula, 2004, p. 12), con sus equipos respectivos desde el primer, segundo y tercer nivel, los cuales se hicieron imprescindibles de manera que “la <<herramienta idónea>> para desarrollar el tipo de acciones que implicaba este cambio de modelo, debía ser el <<Equipo Interdisciplinario>>, contando con una integración básica de Psiquiatra de Adultos y Psiquiatra Pediátrico, Psicólogos, Asistentes Sociales, Auxiliares de Enfermería y Administrativo” (Nin et al., 2004, p. 14), debiendo participar en forma conjunta de instancias institucionales e interinstitucionales.

Como afirman Techera et al. (2013), “si bien el Programa Nacional de Salud Mental de 1986 estableció avances importantes, en cuanto al cambio de modelo de atención nunca fue desarrollado por falta de recursos y disposición política” (Techera et al., 2013, p. 22).

De igual forma, a mediados de la década de 1990, se realizan algunas acciones para la instrumentación del cambio de modelo asistencial:

1) Priorizar el Primer Nivel de Atención en la Especialidad; 2) en forma paulatina, realizar la transferencia de recursos humanos desde el Hospital Psiquiátrico hacia el primer nivel (cierre del Hospital musto con 350 camas); 3) La creación de una estructura administrativa y de registro que permitiera el seguimiento de las acciones que se realizan y la recolección de los datos necesarios para evaluar, monitorear el cambio propuesto y el cumplimiento de los objetivos planteados. (Nin et al., 2004, pp. 13-14).

Por otra parte, a partir del 2005 tras la asunción al gobierno por el Frente Amplio, se dió la incorporación a la agenda política los aspectos referidos a la salud mental, tal así que algo no menor en este proceso fue la creación del SNIS mediante la ley N° 18.211 en el año 2007, lo cual implicó una gran reforma del sistema general de atención de la salud, llevando a su vez la creación de la Dirección de Salud Mental de ASSE en 2008.

En 2011 se crea el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, el cual según lo mencionado por Ottonelli (2013), expresa como áreas de trabajo “la prevención, la promoción y la detección precoz de las patologías” (p. 66), colocando además el énfasis en la rehabilitación, siendo necesario para ello la superación del modelo asilar, evitando la hospitalización y promoviendo la integración social.

A su vez, tomando los aportes de De León et al. (2020), es preciso mencionar dos etapas que también formaron parte de este proceso e impulsaron principalmente la promulgación de la primera ley de Salud Mental (N° 19.529) en agosto de 2017 y el PNSM 2020-2027 en febrero de 2020.

Entre 2007 y 2009 se llevaron a cabo acciones colectivas “desplegadas por la sociedad civil y actores del Estado en la elaboración de una propuesta de actualización normativa que quedó inconclusa” (De León et al., 2020, p. 5).

Por otra parte, entre 2015 y 2017 surgieron “dos anteproyectos de ley, uno elaborado por el Ministerio de Salud Pública y otro por la Asamblea Instituyente por salud mental desmanicomialización y vida digna, ambos orientados a la producción de una ley de salud mental” (De León et al., 2020, p. 5), en la medida que se buscaba derogar la ley N° 9.581 que aún estaba en vigencia. Respecto al proyecto elaborado por el MSP, como lo refieren De León y Techera (2017), “en su Art. 2 establece Trastorno Mental como el objeto de intervención” (Proyecto de Ley de SM, 2015, en De León y Techera, 2017, p. 57), lo cual es criticado fuertemente por la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental (CNLSM)<sup>3</sup>, en tanto que “entiende que una Ley de Salud Mental no debe ser del Trastorno Mental, sino de las personas” (p. 57).

Como resultado de este proceso se promulgó la ley N° 19.529 de Salud Mental, en agosto del año 2017, considerada como un gran acontecimiento en el proceso de la desinstitucionalización. El principal objeto de esta ley es:

garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N° 19.529, 2017, art. 1)

Sin embargo, tomando los aportes de De León et al. (2020), “la Ley N° 19.529 incorpora con claridad [...] la vertiente psiquiátrica, orientada a la atención del trastorno mental. Queda debilitada en esta normativa la vertiente social” (p. 6). Esto último a pesar de que en ella se busca un cambio de perspectiva en el modelo de atención de la salud mental, a través del pasaje del modelo asilar a un modelo comunitario, para lo cual propone la sustitución de establecimientos asilares y monovalentes por dispositivos alternativos:

Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. (Ley N° 19.529, 2017, art. 38)

---

<sup>3</sup> La CNLSM es integrada por: “la Asamblea Instituyente, Colectivo Vilardevoz, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, IELSUR, Ciprés, Bibliobarrios, Proderechos (entre otras 50 organizaciones) y académicas; como el Grupo de Trabajo de Salud Mental Comunitaria, la Facultad de Psicología, el Programa APEX-Cerro de la UdelaR” (De León y Techera, 2017, p. 57)

Esta medida de sustitución definitiva está sujeta a lo prescrito por el artículo 38 de dicha ley (2017), en cuanto manifiesta un cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes, de manera que “el cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025” (art. 38).

Posteriormente, en febrero de 2020, el MSP aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, dando cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 7 y 8 de la ley de Salud Mental (2017). Donde en el primer artículo (art. 7) se encarga al MSP como competente a la aplicación de dicha ley, mientras que en el artículo 8 se hace explícito que “el Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva” (art. 8).

Este Plan tiene como propósito:

contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención. (PNSM 2020-2027, 2020, p. 25)

En conclusión, como se pudo constatar a lo largo de este capítulo, desde sus distintos apartados, el proceso de desinstitucionalización ha transitado como tal diversos momentos, y en cada uno de ellos se ha destacado su importancia, resaltando la necesidad inminente de un cambio de paradigma.

El modelo de atención debe ser desde una perspectiva comunitaria, pues para que se haga efectiva la desinstitucionalización se debe llevar a cabo la desmanicomialización. El cambio debe realizarse desde un abordaje integral de las personas, abordando las distintas dimensiones de la vida, y ello implica no solo desde la individualidad sino también desde la vida en común.

Es necesario transformar la mirada sociocultural con la finalidad de que se logre la reinscripción sociocomunitaria real de las personas usuarias de salud mental, desde una perspectiva de derechos humanos.

La estadía prolongada en una cotidianidad monótona inhabilita el ejercicio de la independencia y configura a una persona ajena al afuera del que vino, que pierde habilidades y que se asume como inválida para asumir la responsabilidad de su vida. Nos encontramos, entonces, nosotros –que nos distinguimos de ellos– con esquinas de “gente rara” que “viene del Vilardebó”, “porque ahora les dan el alta”, porque “hay una nueva ley que no los encierra”. Necesitamos transformar la mirada que nuestra cultura tiene al respecto; de lo contrario, no existen posibilidades reales de inserción sociocomunitaria y, por ende, estamos vulnerando los derechos de las personas que transitan por una situación de padecimiento mental que requiere atención. (Silva, Bentura y Beltrán, 2018, párr. 6)

## Capítulo 2

### Desinstitucionalización a partir del dispositivo alternativo MPLA

#### 2.1. Breve historicidad del dispositivo MPLA

Para llevar a cabo el análisis propuesto por el objetivo general de este trabajo, se tomará al dispositivo de salud alternativo MPLA, para fundamentar y analizar el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental, en el marco de la ley N° 19.529.

Se comenzará con una descripción sobre éste, historizando brevemente en el presente apartado cómo fue el proceso de creación de MPLA, para lo cual se toman los aportes extraídos de la entrevista realizada a una de las técnicas referentes, como complemento de las fuentes consultadas.

Hubo varios antecedentes que fueron de gran importancia para la creación del dispositivo. Uno de ellos fue un diagnóstico comunitario realizado en 2016 en el cual “emerge como uno de los principales problemas en la zona, la alta prevalencia de personas en situación de desempleo y pobreza, que presentan en forma asociada un padecimiento psíquico” (Noya, 2018, p. 86).

Este diagnóstico fue clave para comenzar a pensar en la salud mental desde una mirada comunitaria, en un momento donde se estaba desarrollando el Proyecto de Ley de Salud Mental, el cual según lo expresado en la entrevista, era “de base comunitaria, donde también eso implicaba un desafío para poder generar dispositivos sustitutivos, alternativos a las lógicas manicomiales, cómo trabajarlo y pensando también las personas usuarias de salud mental como una de las poblaciones en situación de desventaja” (Entrevista, 2023).

A raíz de este emergente, en esa misma instancia de entrevista, se menciona como antecedente la conformación de un Equipo Territorial<sup>4</sup> que luego deviene en la Mesa Social<sup>5</sup>. Este surge tras algunos encuentros con el entonces referente del área social del PTIC, donde

---

<sup>4</sup> Equipo Territorial integrado inicialmente por distintos referentes de la zona de distintas poblaciones con vulneración de derechos: refugio CPP, proyecto de emprendimiento “Entrecosturas”, Cooperativa Fortaleza, Lic. en Trabajo Social del área social del Municipio A, Radio Vilardevoz, referentes de personas en situación de privación de libertad en procesos de externación, La Bonne Garde (Entrevista, 2023)

<sup>5</sup> La Mesa Social es un espacio de encuentro donde participan diferentes referentes territoriales donde se articulan y proyectan actividades que atiendan diferentes problemáticas territoriales como alimentación, salud, trabajo, vivienda, entre otros. Este espacio está integrado por diferentes técnicos y profesionales pertenecientes a organizaciones sociales, programas públicos y centros de enseñanza pública del Oeste de Montevideo y a partir de este encuentro se establecen diferentes estrategias para tratar las problemáticas del territorio (Apex-UdelaR, 2022, párr. 1).

se comienza a pensar en conjunto posibilidades para abordar esta problemática desde una mirada en clave de “poblaciones en situación de desventaja”, más allá de propiciar la integración de personas usuarias de salud mental.

El PTIC se presentó como un actor importante ya que “tiene como visión la transformación territorial a través de la integración sociolaboral de las poblaciones más vulnerables, articulando la dimensión académica, tecnológica, productivo-laboral y poniendo los instrumentos de las políticas públicas al servicio comunitario” (Noya, 2018, p. 86).

Posteriormente, “desde el Servicio de Salud Mental de Maracaná Sur se presenta la experiencia del dispositivo de inclusión socioproductiva dirigido a personas con padecimiento psíquico y abierto a vecina/os” (Noya, 2018, p. 86), implementado en el PTIC. Este comienza a desarrollarse y se presenta como proyecto al Centro de Salud del Cerro, perteneciente a la Red de Atención de Primer Nivel (RAP) Metropolitana y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, así como también al PTIC a través del primer contacto con la Comisión Administradora del PTIC (CAPIT).

Cabe destacar que uno de los tres colectivos que hoy integran el dispositivo, según lo expresa Noya (2018), fue en los orígenes identificado como el “dispositivo de inclusión socioproductiva”, en la medida que surge a través de un grupo de usuario/as del taller de expresión llamado “Los Compañeros”, coordinado por el Equipo Comunitario de Salud Mental de la Policlínica Maracaná Sur. El grupo comienza a funcionar como emprendimiento de huerta en 2017, asistiendo tres veces por semana al área verde e invernáculo<sup>6</sup> del PTIC.

Su nombre es tomado por este colectivo emprendedor como “Huerta Los Compañeros”, que luego de pasar un proceso de identidad pasaron a llamarse “Colectivo Los Compañeros”. Asimismo, tras instancias de re-pensarse y debatir “cómo incorporar en su nombre la perspectiva de género” (Noya, 2018, p. 96), les llevó a nombrarse en la actualidad como “Colectivo Compaz”; mientras que al taller de la policlínica de Maracaná Sur, ahora se lo conoce como “taller de expresión”.

A su vez, en el mismo año comienza a surgir un nuevo colectivo llamado “Juntas Podemos”, que se suma con sus experiencias al dispositivo. Noya (2020), en la elaboración de un audiovisual realizado por Apex-UdelaR, expresa que este colectivo se crea mediante un

---

<sup>6</sup> Luego comienza a nombrarse como Área Agroecológica Comunitaria (AAC) hasta la actualidad

grupo de mujeres que participaba en la Policlínica La Boyada, donde trabajaban acompañadas de un equipo técnico, realizando talleres con recursos expresivos desde un enfoque de género.

Se postulan al programa *Fortalecidas*<sup>7</sup> y son aprobadas, con la finalidad de poder financiar la continuidad de los talleres e iniciar una huerta comunitaria en la Policlínica. Por diferentes motivos no lograron concretar la posibilidad de comenzar la huerta en ese lugar, por lo que comenzaron a participar del espacio con el que ya contaba el PTIC.

Es así que desde este grupo, las redes se fueron ampliando, comenzando a participar del Grupo de Producción de Alimentos<sup>8</sup> junto con su proyecto de Huertas en las Casas<sup>9</sup>. De esta manera se logra que algunas de estas mujeres construyeran su huerta en casa y comenzaran como colectivo a participar así del AAC<sup>10</sup> del PTIC.

En el año 2019, como lo expresa Jubin et al. (2019), se presenta ante la Dirección de Salud Mental el “Proyecto de apoyo y ampliación del Programa de Integración Socio Cultural y Productivo PTI- Cerro” (Movimientos para las Autonomías), hacia el Parque Público Punta Yeguas (PPPY) como otro enclave territorial para su desarrollo.

El proyecto se presenta como modalidad de atención comunitaria en Salud Mental haciendo hincapié en las personas usuarias de los servicios de salud mental y personas en proceso de desinstitucionalización, de cara al cierre de las estructuras asilares y monovalentes que permanecen vigentes. Tiene como propósito la integración de personas que están construyendo autonomía en experiencias territoriales, sociales, culturales, ambientales, productivas y de formación, contribuyendo a la ampliación de

---

<sup>7</sup> Pertenciente a la División Asesoría para la Igualdad de Género de la IM.

<sup>8</sup> Surge como un subgrupo de trabajo dentro de la Mesa Social en el contexto de la emergencia sanitaria por la presencia del COVID 19 en nuestro país. La propuesta es trabajar en clave de soberanía y autonomía alimentaria, con la necesidad de promover mayor autonomía y mejorar el acceso a alimentos adecuados y de calidad a la población del oeste: alimentos como modo de bienestar, saber cocinar, reducir la segmentación social a partir del encuentro.

<sup>9</sup> Este proyecto surge a partir de la emergencia sanitaria por la presencia del COVID 19 en nuestro país, al verse restringido el trabajo en las huertas comunitarias y el ingreso económico de muchas familias del oeste de Montevideo, el grupo de Producción de Alimentos decidió comenzar a realizar huertas en las casas apuntando a la producción de alimentos en clave de soberanía y autonomía alimentaria. (Apex, 2020, párr. 2)

<sup>10</sup> El AAC tiene como eje de trabajo la producción de alimentos en clave de autonomía y soberanía alimentaria, siendo un espacio de aprendizaje, capacitación y experimentación, donde se fomenta la organización y participación vecinal, apuntando a ser un proyecto cada vez más solidario y en expansión hacia el territorio. Cuenta con un espacio de reunión mensual, en el que participan integrantes de cada colectivo que integra el AAC, como forma de organización de la división de tareas, puesta en común sobre temas de interés y planificación de actividades en conjunto que fomenten la participación colectiva, entre otras cosas.

lo público, el fortalecimiento del entramado sociocomunitario y la posibilidad de un estar en común, para un buen vivir. (Jubín et al., 2019, p. 2)

Se considera al PPPY como un espacio de gran interés, ya que tenía como antecedente la movilización y organización vecinal, y donde se desarrollaban allí, entre otras cosas, prácticas de senderismo. De esta forma, en la medida que se trabaja en conjunto desde dos equipos de salud mental de Maracaná Sur e INVE, comienzan a integrarse a esta práctica de senderismo varias personas que mayoritariamente eran usuarias de INVE, lo cual genera un nuevo colectivo (“Carancho y Fuego”) que realiza esta actividad en el parque, como parte de la conformación del ahora consolidado dispositivo MPLA. Siendo así el PPPY un lugar estratégico en la medida que:

es un parque público igual que el PTI, de gestión asociada Intendencia con vecinos, donde precede todo un proceso muy interesante de años atrás, de vecinos que se van como organizando y se van también defendiendo cuestiones que hacen a lo ambiental, al espacio de cuidado para lo barrial, a la soberanía alimentaria. (Entrevista, 2023)

Este proyecto de ampliación se presenta de cara a la implementación de la ley N° 19.529 (2017), la cual expresa que mediante la coordinación de distintos organismos públicos competentes se promoverá:

planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización. (Ley N° 19.529, 2017, art. 11)

Se crea así este dispositivo alternativo de salud comunitaria que, según lo expresa Noya (2018), “tomó como referencia el modelo de Reforma de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe de Argentina, que jerarquiza las estrategias de Atención Primaria en Salud y desarrolla una intervención interinstitucional, intersectorial e interdisciplinaria” (p. 86).

Es así que, el equipo técnico impulsor de este dispositivo piensa a la salud mental tomando los aportes de Becker (2018):

Pensamos la salud mental en clave de política pública destinada a la ampliación de derechos, como reestructuradora de las subjetividades, historias e identidades singulares, ancladas siempre desde una perspectiva colectiva y comunitaria. Desde un enfoque de la salud integral, no se puede concebir sin la interacción multidimensional del Estado en todos sus niveles de actores sociales, trabajadores/as de la salud, colectivos, personas usuarias y la comunidad toda. La concebimos como un constructo dinámico en constante tensión de la escena política y los derechos humanos (Becker et al., 2018, en Noya, 2018, p. 86)

De esta manera, el dispositivo va comenzando a tomar su forma y ya no solo se enfoca en el emprendimiento productivo de huerta, sino que a su vez “Movimientos para las autonomías está inspirado en prácticas de senderismo y en el deseo de comunidad, de lo común, lo colectivo, las relaciones simétricas y la creencia de devenir libre” (Jubín et al., 2019, p. 5). La importancia de la potencia de lo comunitario, es el eje principal en que se basa el dispositivo.

La potencia comunitaria es en acto, se da día a día, no posee en si misma el carácter de una promesa de una vida mejor, en un futuro de la historia, eternamente demorado. Se realiza en situación, adquiere el carácter peculiar de las tramas afectivas, de sus elementos distintivos, de sus modos singulares y específicos. Ella se efectúa en las producciones colectivas, en un diálogo creativo permanente entre las personas involucradas, en un ejercicio de pensamiento capaz de intensificar lo propio de cada quien y del colectivo en su conjunto. (Teles, 2010, en Jubín et al., 2019, p. 5)

En cuanto a los aspectos metodológicos del dispositivo, tomando los aportes de Noya (2018), su objetivo general inicial fue “promover la inclusión socioproductiva de personas con padecimiento psíquico como una de las poblaciones en situación de mayor desventaja desde un enfoque de derechos humanos” (p. 89).

Se concibe a las personas con padecimiento psíquico como “sujetos integrales que portan un sufrimiento en su subjetividad” (Noya, 2018, p. 89), entendiendo así que el abordaje debe ser desde una mirada interdisciplinaria e integral de las personas.

Respecto a su nombre MPLA, como en sí mismo lo manifiesta, coloca el foco desde dos conceptos: “movimientos” y “autonomías”. Para lograr comprender mejor su significado se traen los aportes que fueron tomados por el equipo técnico que impulsó este dispositivo para su nombramiento.

Se describe entonces “movimientos” desde Carrión (2018):

En la cultura ancestral, la caminata ha sido considerada un recordatorio de cómo es la realidad y por lo tanto un instrumento de conocimiento, de conciencia y por ende de poder [...] En muchas culturas nativas de América cuando una persona necesita resolver un problema se le recomienda hacer una larga caminata [...] Lo que nos recomendaban nuestros abuelos cuándo estábamos ofuscados: dar un paseo [...] En las culturas antiguas se le llamaba a esto ir en busca de la visión. (Carrión 2018, en Jubín et al., 2019, p. 5)

De esta manera, “movimientos” es tomado como una forma de moverse en el caminar, configurándose la caminata como sinónimo de la realidad, una realidad que no es estática, que está en constante movimiento, permitiendo así que las cosas sucedan desde un entramado, social, cultural, político, etc., donde según lo manifiesto por Carrión (2018), brinda instrumentos de conocimiento, conciencia y poder.

Por su parte, “autonomía” es tomado desde los aportes de Castoriadis (1968):

La autonomía implica crear otro “Si mismo”, que sea capaz de poner en cuestión las normas heredadas y poner en cuestión la institución social. Es a la vez singular y social. Y propone un ejercicio de conciencia que apunta a la lucidez, ejemplificado en la finitud de la vida. (Castoriadis, 1968, en Jubín et al., 2019, p. 5)

Se busca entonces una autonomía que implica poder discernir o no de lo ya establecido, de lo instituido si se quiere decir, tomando los aportes de Schvarstein (1991)

mencionado en capítulos anteriores. Una autonomía que permita a la persona decidir por sus propios medios cómo desea vivir, tanto desde su singularidad como desde la vida social.

## **2.2. Descripción del dispositivo MPLA en la actualidad**

En el ya mencionado “proyecto de ampliación” descrito por Jubin et al. (2019), se describe a MPLA como un dispositivo sociocultural y productivo.

Sin embargo, es importante destacar que en la actualidad el equipo que referencia se encuentra problematizando esta forma de describirse, sobre todo por la parte “productivo”. Esto se debe a diferentes cuestiones, una de ellas expresada en la entrevista es que: “nos encontramos con grandes barreras en relación a esto, particularmente de la pata de lo laboral, de lo productivo laboral” (Entrevista, 2023). A su vez, este dispositivo va más allá de lo social y lo cultural, pues en él también se desarrollan distintas experiencias -mencionadas en el apartado anterior (senderismo, huerta, talleres)-, colocando la impronta de que MPLA es un “entramado de experiencias” (Entrevista, 2023).

Este dispositivo promueve la autonomía mediante la participación de las personas en distintas experiencias comunitarias, realizando un acompañamiento a los procesos personales y colectivos en el oeste de Montevideo:

Se trata de un dispositivo multidimensional, que se refiere a la integración de las personas en diversas áreas (académica, artística, deportivas, recreativas, ambiental, productivas, laborales, etc). Se basa en una concepción integral y comunitaria de la salud. Con un fuerte anclaje territorial y funcionamiento en red. Posibilita la intervención de todos los niveles de atención. Requiere del trabajo interdisciplinario. Es altamente participativo en la toma de decisiones. Se sostiene en la intersectorialidad y es abierto a toda la comunidad. (Jubín et al., 2019, p. 1)

Como ya se hizo referencia, el dispositivo tiene dos anclajes territoriales que son el PTIC y el PPPY. Así mismo muchas experiencias tienen lugar en otros espacios del entramado territorial lo que lo hace ser, como su nombre lo expresa, un movimiento.

Se encuentra integrado por tres colectivos donde se potencian las experiencias que enmarcan este dispositivo: “Compaz” quienes trabajan en el AAC del PTIC; “Juntas

Podemos”, mujeres con múltiples intereses, actividades y algunas de ellas iniciando un emprendimiento, cuyo lugar de encuentro principal es el AAC del PTIC; y “Carancho y Fuego” quienes realizan la práctica de senderismo en el PPPY.

A su vez, lo conforma un equipo que acompaña en el día a día las experiencias mencionadas; un equipo ampliado intersectorial, desde la Organización de Usuarios y Usuarías de la Salud del Oeste (OUSO), IM, UdelaR y ASSE; está transversalizado por espacios de formación interdisciplinarias, formación de posgrado, programas de residencias y practicantado de distintos servicios de la UdelaR<sup>11</sup>, y es campo de diferentes investigaciones.

Desde un enfoque de trabajo en red, las derivaciones son realizadas por trabajadora/es de servicios de salud mental, así como también desde programas y organizaciones sociales con quienes articulamos previo al ingreso y durante el proceso de integración de las personas con padecimiento psíquico. El dispositivo no se restringe a dicha población, es también abierto a vecina/os. (Noya, 2018, p. 89)

MPLA se propone crear y articular una serie de experiencias colectivas que permitan a su vez la integración y el desarrollo de cada persona. Esas experiencias son educativas, culturales, laborales, contando con el apoyo de diversos actores, gracias a las redes en las que participa mediante diferentes espacios.

Estos espacios de gran importancia para el dispositivo son: la Mesa Social del Oeste, el Espacio de Gestión del PPPY, la Mesa Local de Salud Mental del Oeste<sup>12</sup>, el AAC y Grupo de Producción de Alimentos, así como la relación fuerte con el Programa Apex de la UdelaR.

Respecto a las formas de organización, participación y toma de decisiones, suceden diferentes maneras de dar espacio a cada una de ellas, desde reuniones, grupos de apoyo y apoyo terapéutico a procesos individuales, participación en mesas, asambleas y plenarios.

---

<sup>11</sup> Algunas de las prácticas que han transitado por este dispositivo fueron: diseño, economía social, antropología, terapia ocupacional, trabajo social, psicología, agronomía, comunicación, medicina en territorio, nutrición, educación física.

<sup>12</sup> Es un espacio abierto y horizontal que convoca la Organización de Usuarios de Salud del Oeste OUSO [...] la integran distintos actores, algunos son organizaciones sociales como la OUSO y también distintos colectivos de salud mental, grupos de liceales organizados, servicios de salud del Estado, áreas de la Udelar, Inau, Dpto Integral del Estudiante de Secundaria, Dirección Dptal del MSP. Estos distintos actores van construyendo un enfoque, y reconstruyéndolo permanente. Quieren hacer el énfasis de trabajar sobre los factores protectores que tienen las personas y las comunidades para sostener la vida, la fuerza que la propia comunidad tiene para sanar y todas las actividades de redes que eso implica. (Viñar y Bentancor, 2023, p. 23)

En cuanto al equipo que acompaña, se realizan reuniones de equipo una vez a la semana, “con la finalidad de comprender, debatir, evaluar, planificar y coordinar acciones por medio del diálogo interdisciplinario en la construcción colectiva del acompañamiento a los procesos individuales y dinámicas de relacionamiento grupal” (Noya, 2018, p. 92).

De acuerdo a lo que surge en la entrevista, la conformación de este equipo ha ido variando, actualmente lo integran tres psicólogas/os en territorio desde ASSE, una integrante de la OUSO quien además participa en algunas jornadas del colectivo “Compaz”, Lic. en Enfermería que tiene horas comunitarias por ASSE acompañando al colectivo “Carancho y Fuego”, pasante de Trabajo Social del PTIC (IM-UdelaR), estudiante de psicología de forma voluntaria, practicante de Psicología (ASSE-UdelaR) y Dra. en Medicina Familiar que a su vez acompaña el colectivo “Juntas Podemos”.

El equipo ampliado por su parte, no cuenta con un día fijo de reunión, sino que se está en contacto permanente en la medida que se compone por actores que participan del entramado de experiencias que atraviesa al dispositivo. Las reuniones son convocadas en ocasiones puntuales, cuando se cree necesario tener un encuentro donde pensar, articular y reflexionar sobre cuestiones relacionadas a MPLA y la salud mental.

La creación de este fue impulsada tras el cambio de gobierno en el año 2020, según lo expresado en la entrevista, como forma de “buscar una estrategia para el afrontamiento de estos retrocesos en lo comunitario” (Entrevista, 2023). De esta manera, se juntaron con “Apex, PTI, Organización de Usuarios, del dispositivo, División Salud de la Intendencia, y bueno eso como en principio, después también compañeros docentes de Facultad de Psicología con quienes articulamos y docentes de ISEF<sup>13</sup>” (Entrevista, 2023).

Asimismo, se da un espacio interdisciplinario donde estudiantes de distintas disciplinas que se encuentran desarrollando sus prácticas de formación en el dispositivo (actualmente psicología, trabajo social, educación física, terapia ocupacional y registros médicos), se reúnen con las referentes del dispositivo e intercambian saberes, puestas en común, evacuación de dudas, etc., sobre el dispositivo en particular y la desmanicomialización, articulando de esta forma las diferentes prácticas estudiantiles y el entramado de experiencias colectivas dentro del dispositivo.

---

<sup>13</sup> Instituto Social de Educación Física (ISEF)

Por otra parte, se desarrolla una “apoyatura a procesos individuales desde un enfoque terapéutico” (Entrevista, 2023), dirigido por uno de los integrantes del equipo, quien tiene un rol de psicólogo en territorio desde ASSE, gestión realizada a través de la RAP.

Además se cuenta también con un espacio de “grupo de apoyo”, coordinado por las referentes licenciadas en Psicología, siendo este:

un espacio de expresión emocional con efectos terapéuticos y focalizado en lo situacional actual. En el grupo se despliegan relatos sobre el cotidiano de cada uno, preocupaciones sobre cuestiones familiares, deseos y ansiedades ante nuevas circunstancias vitales. Se abordan aspectos relacionados a la dinámica vincular del colectivo y afectaciones intersubjetivas. Ante el surgimiento de relatos sobre sucesos traumáticos, se encuadra técnicamente no abordarlos en el espacio grupal, orientándose a trabajarlos en la consulta individual y entablándose una interconsulta con el/la profesional. (Noya, 2018, p. 92)

Particularmente el colectivo “Compaz” cuenta con un espacio de asamblea, que tiene lugar una vez a la semana luego de la jornada de huerta: “se enfoca en la planificación, organización y distribución de roles para la tarea de huerta. Se difunde información comunitaria, construyéndose proyectos de participación social” (Noya, 2018, p. 92), además se realizan planificaciones de venta de plantines, paseos, etc. Algunos de estos emergentes son trasladados al Grupo de Producción de Alimentos y en las reuniones mensuales del AAC.

En el año 2022 surge la implementación de un espacio de plenario donde participan integrantes de los tres colectivos y del equipo, la cual tiene lugar el segundo jueves de cada mes, contemplando que el tercer jueves se lleva a cabo la Mesa Local de Salud Mental del Oeste, donde participan también referentes por los tres colectivos y desde el equipo, trasladando a este espacio las discusiones e inquietudes expresadas en el plenario.

Como ejemplo de lo que se trabaja en los plenarios, se expresa en la entrevista que “lo laboral surge con mucha fuerza”, y además se problematiza “esa retirada de los distintos espacios de capacitación o culturales con los que antes contaban, y ponen fuertemente la preocupación, el interés de cómo reactivarse, cómo generar esos espacios que empiezan a sentir esa falta” (Entrevista, 2023).

Finalmente, cabe destacar que tras ser un dispositivo con perspectiva de derechos humanos y posicionado en el paradigma de Salud Colectiva y Buen Vivir, es que se parte de la pregunta “¿cómo queremos vivir?” Así lo expresa el equipo ampliado en su presentación, realizada en la mesa de diálogo “Cambio de modelo de atención en salud mental: nociones y desafíos” por la Facultad de Psicología de la UdelaR, agregando que:

Partir de esta pregunta, habilita que los propios colectivos puedan definir los modos de vida, de manera que las singularidades puedan transitar desde el deseo y la revisión sobre cómo se sienten, implica también dar lugar a la heterogeneidad y la convivencia. Además el proyecto contempla la posibilidad de circular por los distintos espacios sin quedar por fuera y de ir construyendo qué es lo que “buen vivir” significa para cada quien. (Damián, 2022)

Esto se refleja en la práctica a través del llamado “primer encuentro”, el cual surge en la entrevista que ya no se hace de forma tan sistemática como anteriormente se hacía, debido a la escasez de recursos. En esta instancia “se pauta un primer encuentro entre la persona y el equipo referente con la finalidad de conocernos y transmitirle el encuadre de trabajo e informar sobre las diversas propuestas, evaluando conjuntamente la posibilidad de integración” (Noya, 2018, pp. 89-90).

Esta forma de acercarse, tal como lo expresa la entrevistada, “pasaba por el hecho de explorar, conocernos, conocer a la persona y conocer desde sus deseos, sus intereses, sus fortalezas, sus experiencias anteriores” (Entrevista, 2023). A su vez esto permite cartografiar, aportando al dispositivo “elementos o saberes que nosotros no tenemos, porque el encuentro pasa un poco por ahí, por el reconocer que hay saberes que tenemos y otros saberes que los tienen ellos, y es desde ahí que uno puede proyectar” (Entrevista, 2023).

### **2.3. Análisis de MPLA en el proceso de desinstitucionalización**

Cabe remarcar la importancia de que MPLA es abierto a toda la comunidad, como ha sido mencionado, no busca producir espacios exclusivos para personas usuarias de servicios de salud mental, ya que de ser así se estarían reproduciendo las lógicas de un sistema que segrega y estigmatiza, por lo que pueden integrarse todas las personas que así lo deseen.

El dispositivo se desarrolla en espacios propicios para que esto suceda, lo cual es significativo para el abordaje de forma integral y desde una perspectiva comunitaria. Esto sucede en la medida que:

los espacios donde se despliega el dispositivo son espacios abiertos y en la propia comunidad, no está dentro de una policlínica, creo que eso marca una diferencia, o sea, es como un diferencial que nos permite otro nivel de autonomía en el quehacer, creo que logramos como un corrimiento del sistema vertical, de lo jerárquico que caracteriza el sistema de salud, el trabajar en redes también. (Entrevista, 2023)

Se corresponde de esta manera como característica del dispositivo de MPLA en relación al cumplimiento de la ley. Dado a la vez que se realiza un trabajo intersectorial e interdisciplinar, permitiendo que diversas prácticas, proyectos de investigación, pasantías, residencias, etc., sean también partícipes del dispositivo.

Esto lleva al abordaje desde una multiplicidad de miradas sobre el campo de la salud mental, siendo uno de los puntos claves en la presente ley (2017), expresados en su art. 17:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales. (Ley N° 19.529, 2017, art. 17)

Esto se da en la medida que además del equipo técnico designado y presupuestado que compone el dispositivo, cuenta a su vez con otros espacios que permiten la articulación, pensares y trabajo en red con otras disciplinas e instituciones (mesas, espacios de formación académica, articulaciones, etc.), pudiendo observarse como fortaleza con la que cuenta el dispositivo, desde una forma de aportar al proceso de desinstitucionalización.

Es así que, el trabajo en red es sumamente enriquecedor y de gran utilidad para llevar a cabo este dispositivo desde un cambio de perspectiva manicomial, de manera que la “integración en espacios comunitarios va produciendo eso que llamamos ampliación de lo público, generando un movimiento de desestigmatización que problematiza los circuitos de la discriminación” (Damián, 2022).

Teniendo en cuenta que en la presente ley, si bien se hace mención a la intersectorialidad, perspectiva de derechos humanos y desinstitucionalización, estas dimensiones se encuentran plasmadas débilmente, tal como lo expresa De León et al. (2020):

i) la intersectorialidad como diseño y ejecución de política pública desarrollada como estrategia de integralidad para la asistencia de la salud mental no es abordada por esta ley, ii) la perspectiva de derechos humanos en el marco de la calidad inalienable de sujeto de derecho depreciada a partir de la nomenclatura prevaleciente en todo el texto de la ley –personas con trastornos mentales severos y persistentes–, iii) la desinstitucionalización, entendida en la norma como el cierre de instituciones asilares hacia el año 2025, al no encastrar en una lógica de integralidad intersectorial de atención y en recursos que materialicen el ejercicio de los derechos. (De León et al., 2020, p. 6)

Esto se presenta en sí como una debilidad para el equipo coordinador de MPLA, en la medida que se observa una “falta de recursos”, desde la contratación de personas efectivas que integren y acompañen el equipo referente, así como los recursos económicos.

En cuanto a lo primero, se expresa mediante la entrevista: “somos pocos, es complejo sostener y es complejo también esto de que también parte de quienes integran el dispositivo [...] son practicantes, o son personas que vienen voluntariamente” (Entrevista, 2023).

Respecto a lo económico, se expresa que no cuentan con tales:

sino que en verdad gran parte de los recursos son los que nos proporciona el PTI, el Parque Público Punta Yeguas, las alianzas, los proyectos que hemos presentado y de ahí ha venido plata, de esos proyectos. Pero que son todo cosas como circunstanciales que de verdad que si eso, no sé, el día de mañana cambia el director del PTI por ejemplo y dice “bueno este espacio no va más”. (Entrevista, 2023)

Todo esto genera mucha incertidumbre frente a las formas de continuidad del trabajo, en la medida que,

tampoco tiene la investidura institucional, o sea, porque también puede quedar atada a quienes vengan en cuestiones de gestión [...] que implica un desafío de ir, de presentarse, de ver qué respaldo, porque varios de nosotros dependemos de ASSE, que

respaldo contamos para que no nos manden a trabajar al consultorio. (Entrevista, 2023)

A su vez, se busca trabajar de forma horizontal con las personas, sin que se marque estructuralmente una jerarquización del poder desde las/os técnicas/os. De esta manera, las reuniones de equipo y de equipo ampliado no se utilizan como espacios solamente para pensar en cómo abordar situaciones particulares, sino que también se buscan allí reflexionar sobre el ejercicio de las propias prácticas profesionales en el quehacer, lo cual es necesario para no caer en lógicas asistencialistas y promover la autonomía desde prácticas comunitarias.

no trabajamos solamente sobre situaciones, sino también tratamos de que sea lo más horizontal posible, y trabajamos sobre temas que nos parecen como, que van siendo emergentes o que nos parecen como de importancia como en esto del involucramiento que tiene que ver en términos generales con la transformación del paradigma y las barreras con las que nos encontramos, las articulaciones institucionales, las complejidades que eso reviste también, de cómo también hay un pensamiento estratégico sostenido para de alguna forma no quedar cooptados por las lógicas asistenciales. (Entrevista, 2023).

Por otra parte se puede destacar el impacto positivo que ha tenido este dispositivo en la vida de las personas usuarias que participan de él, lo cual se refleja en una ficha técnica realizada en el año 2019, donde “se toma una muestra de 30 personas con padecimiento psíquico. Por medio de la ficha técnica de intervención y evaluación metodológica diseñada, se realiza un relevamiento y procesamiento de la información desde julio de 2017 a abril de 2019” (Noya, 2018, p. 93).

Es así que, como lo expresa Noya (2018), a través de esta ficha se observa una mejoría de las personas usuarias en cuanto a su nivel anímico, comportamental, autoestima,

autocuidado, autonomía, relaciones vinculares y sociofamiliar, así como en los tratamientos, observándose mejoras a nivel individual y grupal<sup>14</sup>.

La importancia de que la salud mental se aborde desde una perspectiva de derechos humanos, se da en la medida que “la vulneración de derechos se presenta como el contexto de mayor producción de sufrimiento psíquico” (De León et al., 2020, p. 8).

Por lo expuesto recientemente, se puede observar que este dispositivo contempla los derechos humanos de las personas que participan en él:

En base a los instrumentos metodológicos diseñados, se identifica en la población objetivo un mejoramiento en la autoestima, autonomía y participación socioproductiva, académica y cultural. Disminuyeron las consultas individuales y no hubo ninguna internación psiquiátrica. Se demuestra que este dispositivo contribuye desde un enfoque de derechos, al desarrollo integral y el buen vivir de las personas con padecimiento psíquico en sus comunidades. (Noya, 2018, p. 86)

Esto también se refleja en el discurso de las propias personas que integran los distintos colectivos, lo cual se pudo relevar en el grupo focal realizado para el desarrollo de este trabajo. Al momento de preguntar “¿qué es para ustedes MPLA?”, surgieron discursos como:

nos mejora a nivel social, en la parte de la salud mental y que se trabaja también la parte de poder integrar a las personas [...] el trabajo que se hace para mejorar nosotros como persona, en lo social, en el mundo que nos rodea [...] tener un lugar donde podamos expresarnos y sentirnos apoyados para salir adelante [...] yo digo siempre que es una psico comunidad, porque en realidad como es un dispositivo de salud mental, más allá de la recuperación de usuarias y usuarios. (Grupo focal, 2023)

---

<sup>14</sup> A nivel individual, se ha producido una disminución de riesgo a través de la detección de situaciones críticas e intervención temprana por medio del abordaje estratégico en red focal [...] no se han registrado en la actualidad ninguna internación psiquiátrica de las personas usuarias de salud mental con quienes trabajamos [...] no han tenido lugar en esta población intentos de autoeliminación [...] ha disminuido la frecuencia de las consultas tanto en la atención psicológica como psiquiátrica. Con relación a los integrantes del dispositivo, se releva una agrupación de personas que han culminado su tratamiento psicoterapéutico y/o transitado desde la atención psicoterapéutica individual al grupo de apoyo. Identificamos otra grupalidad que, a pesar de necesitar apoyatura en salud mental, se hallaban desvinculados del sistema de salud, facilitándose desde el equipo referente su vinculación y recibiendo actualmente atención psicológica, psiquiátrica y/o psicosocial. (Noya, 2018, p. 93)

Otro punto a señalar es que la polisemia del concepto de salud mental se observa incluso en las propias personas que habitan los distintos espacios, esto se constata también en el grupo focal, donde tras preguntar “¿qué es para ustedes la salud mental?” surgen discursos relacionados tanto al modelo asilar como al modelo comunitario de atención.

El modelo asilar se vió presente ante discursos que colocan en un lugar central al saber médico y a la enfermedad:

es una parte enfermiza de nosotros que no va por las edades [...] creo que esto también causa un estado de síntomas en el organismo de la persona [...] es una enfermedad propia de cada persona, de eso se trata la salud mental, trata de hacer cosas que sean sanadoras para nosotros [...] hay síntomas que tenemos todos diferentes y malestares [...] ¿Qué es la salud mental? Bueno, ¿qué es la salud física?: cuando uno va al médico y tienes un problema físico [...] el médico que es lo que te recomienda, te manda cierto tratamiento para mejorarte físicamente. O sea que hay un nivel en el cual el ser humano está bien, el cuerpo está bien. Si uno está enfermo te mandan medicamentos para sanar el cuerpo. Y la mente es lo mismo, es un órgano que necesita estar en buenas condiciones mentales. (Grupo focal, 2023)

En cuanto al modelo comunitario se pudo observar por ejemplo en discursos que si bien consideran a la figura del médico, no la ven como única y principal, además de contemplarse las distintas dimensiones que atraviesan al ser humano:

son cosas que se mejoran, a veces con tratamiento médico, con medicación o no, pero ta creo que hay muchas partes que esto puede mejorar la calidad de la persona, en la parte de la enfermedad y lo que es laboral y económico, que si se puede tener ayuda para que esa persona a futuro en la parte social pueda encarar la vida y ver las cosas diferentes. (Grupo focal, 2023)

Se refleja también la importancia del trabajo en conjunto, propio de un modelo comunitario, que no depende solamente del rol profesional, en la medida que se expresa que “es un trabajo grupal porque uno solo creo que abatallar con todo esto es imposible, es estresante, es enfermizo, para cualquier usuario o un profesional, sin ayuda de los que nos rodean [...] es un trabajo que requiere de unión” (Grupo focal, 2023).

Para concluir, se destaca la importancia de la desinstitucionalización a través del modelo de atención comunitario, y en este caso, mediante dispositivos alternativos como MPLA. Desde el grupo focal se contemplan las voces de las propias personas usuarias de los servicios de salud mental, quienes manifiestan la importancia del cierre de instituciones asilares y monovalentes, consideradas inapropiadas y con prácticas no acordes a los derechos humanos.

Se oponen al encierro como forma de abordar los padecimientos mentales puesto que: “con estar encerrados, medicado una persona me parece que ahí tiene retrocesos mentales [...] el ser internado no está nada bueno, no está nada bueno porque es un sufrimiento que a veces cuesta superarlo” (Grupo focal, 2023).

Se expresaron cuestiones de tratamiento a través del uso excesivo de psicofármacos, “para mí la medicación que tomo yo, para mí es una droga la medicación que tomamos, porque quedamos todos mongos” (Grupo focal, 2023). Se destacó que esto no solamente sucede en los hospitales psiquiátricos, sino en otras instituciones totales: “en el hogar lo que pasa es que si sos nuevo y te portas más o menos mal ya te dan la medicación” (Grupo focal, 2023).

Particularmente, tras la pregunta 5 (ver anexo nº 2) sobre el cierre del Hospital Vilardebó, las respuestas se generalizaron de forma afirmativa. Esto fue justificado debido a la disconformidad con el uso de tratamientos como el de contención física, refiriendo sobre el Hospital como “un lugar malo, porque lo que le hacen a los pacientes está mal, porque los tratan mal, los bañan con agua fría, les dan electroshock” (Grupo focal, 2023). Incluso desde las propias vivencias de las personas compartieron: “yo he sido cacheteada por un profesional, atada de las manos y atada de los pies en una camilla por una crisis” (Grupo focal, 2023).

Por ende, se observa al trabajo comunitario como la forma adecuada para la atención de la salud mental, “la salud en general comunitaria es importantísima, ha llevado a que estas cosas se hayan logrado porque acá están todos los actores, por un lado los pagos y los no pagos” (Grupo focal, 2023). Destacando a MPLA como un dispositivo acorde a este cambio de paradigma:

Para mí lo comunitario es no solo a nivel barrial, a nivel social en general, o sea que esto nos involucra a todos, yo creo que acá estamos involucrados todos, o sea en este momento estamos hablando de movimientos para las autonomías, pero movimientos para las autonomías sin salir de la zona oeste ¿a cuántos involucra, no? (Grupo focal, 2023)

## Capítulo 3

### Trabajo Social en el proceso de desinstitucionalización desde MPLA

#### 3.1. Trabajo Social en el campo de la salud mental

Este capítulo aborda al Trabajo Social en el campo de la salud mental, como disciplina pertinente para el desarrollo de este trabajo y más particularmente se expondrá en el siguiente apartado su rol en el dispositivo de MPLA. Se pretende articular el Trabajo Social y la salud mental, desde la perspectiva interdisciplinar sobre la que se busca trabajar en este dispositivo, de acuerdo a lo dispuesto por la ley N° 19.529.

Para ello es importante comenzar por destacar que si bien este campo se encuentra atravesado por una impronta desde la perspectiva médica, la profesión del Trabajo Social ha estado presente en su abordaje desde los inicios de su desarrollo profesional.

La génesis de la profesión, nominada en el Uruguay del novecientos como “Servicio Social”, es resultado del tratamiento de las secuelas de la cuestión social en el marco de la secularización de la sociedad, tomando los aportes de Barrán (1993):

En una sociedad altamente secularizada como la uruguaya, el sacerdote fue sustituido por el médico en el gobierno de las conciencias individuales. La colocación de la salud como un bien a ser alcanzado significó “dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo”. Fue así que la vida larga se tornó un objetivo de la existencia individual y la Salud Pública una política del Estado. (Barrán, 1993, en Acosta, 1998, p. 11)

Se da así un “predominio del estilo de pensamiento positivista cuyo modelo son las ciencias naturales (particularmente la medicina)” (Acosta, 1998, p. 11), interviniendo desde la categorización de salud/enfermedad - normal/patológico. Colocando a la institución médica como una forma de poder estatal en la práctica del higienismo mediante la medicalización de la sociedad, desde un saber médico que “está atravesado por la ideología dominante (socialización del saber médico)” (p. 12).

Frente a las dos grandes enfermedades infecciosas que alarmaban a la sociedad en los primeros años de este siglo -nos referimos a la sífilis y a la tuberculosis-, la intervención medicalizadora tenía dos componentes: la internación o reclusión

forzada, y la inspección en el domicilio (también podría ser en los consultorios o en los dispensarios). (Acosta, 1998, p. 16)

Con la finalidad de atender a estas dos preocupantes enfermedades y evitar su propagación a través del contagio, se impulsa la creación de nuevos hospitales, además de los ya existentes, así como nuevos actores subordinados por el poder médico. Tales como las “visitadoras sociales”, dependientes de los médicos (seculares) y no de las hermanas de la caridad (Iglesia):

la visitadora social emerge en las organizaciones institucionales de la Asistencia Pública como agente subordinado al médico y no a las Hermanas de Caridad. Será cuando los médicos se tornen agentes privilegiados en estas instituciones secularizadas que también se colocará la demanda de este agente subordinado -la visitadora social- y no antes. (Acosta, 1998, p. 21)

Desde los inicios del siglo XX, el llamado entonces “Servicio Social” produce sus acciones ligadas al imaginario de poder alcanzar un nivel de normalidad que se creía perdido, sobre las situaciones en las que es llamado para intervenir (enfermedad, higiene, educación, desempleo, pobreza, marginación), por lo que esta forma de intervención se tradujo en esfuerzos desplegados para “normalizar” a la población.

En tanto el batllismo, consolida un “Estado planificador y regulador en materia económica y de las relaciones capital-trabajo e interventor en materia de políticas sociales” (Vecinday, 2014, p. 73).

Es en estas políticas sociales que el Servicio Social desarrolla su actividad, oficiando como mediador, controlador y ejecutor entre las políticas sociales y sus beneficiarios, en la medida que “se diseñan políticas sociales marginales dirigidas a atender las necesidades de sobrevivencia de los sectores indigentes de la población (alimentación) y ofrecer medios para la resolución de ciertas necesidades sociales” (Vecinday, 2014, p. 74).

Es así que el Trabajo Social tiene un fuerte vínculo con el campo de la salud, desde los inicios de su quehacer, a la misma vez que tanto la salud como el Trabajo Social, están fuertemente atravesados por procesos históricos, políticos, sociales y culturales de la sociedad que los condiciona.

En los años 60 del siglo XX, estos procesos fueron manifestando cambios socio-históricos y culturales, que llevaron a la transformación del Trabajo Social a través de repensar la profesión, lo que lleva a ampliar su campo de competencia y ejercicio profesional, mediante el llamado “movimiento de reconceptualización”.

Este movimiento, sobre todo en América Latina, surge en el contexto de una profunda crisis de legitimidad en las instituciones donde trabajaban los/as asistentes sociales. En esta medida, tomando los aportes de Bentura (1998), se buscaba dar respuesta por tanto a la crisis del Servicio Social tradicional de manera que “se verifica una unidad difusa, fundada en un denominador común: la denuncia de la inadecuación e inoperancia del Servicio Social Tradicional frente a la realidad latinoamericana y el reconocimiento de la exigencia de una redefinición profesional” (Carvalho, 1985, en Bentura, 1998, p. 26).

Por último cabe destacar que luego de la apertura democrática, tras la dictadura cívico militar que vivió nuestro país, el Trabajo Social se ha involucrado con mayor fuerza en este campo de la salud mental, en parte gracias a las transformaciones de las legislaciones que la regulan. Tal como la ley N° 19.529 (2017), sobre la que se hace alusión a lo explicitado en su artículo 9, en cuanto a la formación de profesionales disciplinares competentes para el desarrollo en la atención de la salud, siendo en este caso la disciplina de Trabajo Social sobre la que se busca contemplar en su particularidad.

El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención. (Ley N° 19. 529, 2017, art. 9)

### **3.2. Rol del Trabajo Social en MPLA**

Para comenzar a desarrollar el rol del Trabajo Social en el dispositivo de MPLA, es pertinente iniciar mencionando a las dimensiones que componen esta disciplina, las cuales se pueden ver reflejadas en este dispositivo y por ende destacan la importancia de su rol dentro

del mismo. Son cuatro las descritas por Claramunt (2009): dimensión investigativa de la profesión, asistencial, socioeducativa y ético-política.

Respecto a la primera, Claramunt (2009) refiere que en el Trabajo Social la búsqueda de producción de conocimientos está ligada a su intervención, de manera que la dimensión investigativa “se manifiesta de diferentes formas en la práctica profesional e implica el desarrollo de estudios acerca de la realidad en la que por lo general interviene” (pp. 93-94).

En cuanto al dispositivo MPLA, se puede observar su relación con esta dimensión ya que se encuentra atravesado por diversas prácticas y proyectos de investigación de distintas facultades de la UdelaR, una de ellas mediante la disciplina de Trabajo Social. A través de las cuales se logra una producción de conocimiento dado por el contexto de las ciencias sociales y humanas, que sostienen “una preocupación constante por la producción de conocimientos referidos a diversos procesos sociales” (Claramunt, 2009, p. 93).

Por su lado, la dimensión asistencial según Claramunt (2009), “es el componente del accionar profesional que se encuentra más estrechamente asociado a la existencia y otorgamiento de servicios, prestaciones y recursos” (p. 95). El rol del Trabajo Social cumple aquí la función de intermediario y gestor de la vinculación entre los organismos que otorgan dichos servicios, prestaciones y recursos, y las personas que los necesitan.

Su relación con MPLA se dibuja en la medida que se logra dar una conexión entre las necesidades de las personas usuarias y algunos organismos competentes para su atención, gracias a la intersectorialidad alcanzada mediante el trabajo en red y anclaje territorial. Como ejemplo puede colocarse el rol del PTIC como articulador de las políticas sociales en el territorio, siendo uno de los anclajes de este dispositivo, así como la Mesa Social del Oeste que nuclea a diversos actores sociales de las políticas públicas nacionales y departamentales.

En cuanto a la socioeducativa “consiste básicamente en todos aquellos procesos que se desarrollan con el objetivo de incidir y transformar de algún modo las formas de pensar y de actuar de las personas con las que trabajamos” (Claramunt, 2009, p. 97). Como lo expresa la autora, según las orientaciones ético-políticas y teórico-metodológicas que tengan las/os profesionales es el énfasis con el que desarrollarán sus prácticas.

En este caso, interesa destacar la que se identifica con los intereses de las clases subalternas de la población, puesto que así apunta “al fortalecimiento y mayor organicidad de los sectores subalternos de la población por medio de múltiples y diversas modalidades,

procurando su efectiva participación y su conformación como sujetos protagonistas y con capacidad contestataria ante las imposiciones del orden social actual” (p. 97).

Así sucede en MPLA, donde se podría decir que se busca a través del equipo referente el fortalecimiento y la organización de las personas usuarias que lo componen y se imponen a un modelo de atención asilar de la salud mental, de manera que “lo grupal adquiere especial importancia como ámbito privilegiado de aprendizaje y de sostén ante la posibilidad de los cambios” (p. 97), lo cual se refleja ante la conformación de los distintos colectivos.

Por último, la dimensión ético-política se encuentra atravesando todas estas dimensiones mencionadas, las cuales orientan el accionar de los profesionales del Trabajo Social. En la medida que, según Barroco (2003), “supone la unidad entre ética y política, que se hace efectiva en el campo de los conflictos, de la oposición entre proyectos sociales, caracterizándose por la organización colectiva de la lucha entre ideas y proyectos que contienen valores y una dirección ética” (Barroco, 2003, en Claramunt, 2009, p. 100).

Por otra parte, desde el equipo coordinador se destaca positiva la participación de esta disciplina, considerándose necesaria para la desmanicomialización desde una perspectiva de salud comunitaria, expresando durante la entrevista que: “en general, la verdad que hemos tenido re buenas experiencias y me parece como super importante como disciplina el involucramiento en lo que tiene que ver con los procesos de desmanicomialización y lo que hace a la salud comunitaria” (Entrevista, 2023).

De igual manera, los/as participantes del grupo focal consideran relevante el acompañamiento del Trabajo Social en este dispositivo, con la diferencia de que, más allá de la particularidad de esta disciplina se destaca la participación de todas las personas que integran el equipo referente. Describiendo a las personas de este equipo con el término: “referente”, y valorando la participación de cada una para el desarrollo del dispositivo.

Esto se da en la medida que, siendo un dispositivo que contempla la interdisciplinariedad, que a su vez cuenta con un trabajo en grandes medidas de forma horizontal, donde cada una de las personas que conforman el equipo referente también participan a la par de las experiencias con las personas que conforman los distintos colectivos.

Reflejándose en la siguiente expresión: “ustedes aparte de ser estudiantes trabajan con nosotros [...] también ustedes aprenden de nosotros y nosotros de ustedes” (Grupo focal, 2023). Es así que surge en el grupo focal la indiferenciación de los roles de cada técnica/o:

Para nosotros son unos referentes, porque lógico que en un grupo siempre va a haber gente que más o menos lleve un poco la batuta, y cuando nosotros venimos acá hablamos con los referentes que son ustedes, para más o menos organizar un poco el asunto. (Grupo focal, 2023)

Incluso, en el transcurso del grupo focal, se agrega una pregunta comparativa acerca de las pasantías que se estaban desarrollando en el momento, a lo que surge como respuesta:

Como referentes para nosotros son los tres iguales, ahora el trabajo específico que ustedes tengan acá, por qué ustedes están acá, no sé bien los detalles pero me los imagino [...] Son nuestros referentes, son los referentes del grupo, es decir, no puedo profundizar más [...] El referente no manda pero organiza y lógico que tiene que haber alguien. (Grupo focal, 2023)

Es así que el Trabajo Social cumple un rol importante en el campo de la salud mental, sobre todo en este momento tan importante en el que se encuentra atravesando un proceso de desinstitucionalización.

En este proceso, son muchas las disciplinas que deben de ser consideradas para ocupar un rol de acuerdo a sus especificidades, y más particularmente una puesta en común, un trabajo en conjunto, debiendo lograrse efectivamente la interdisciplinariedad contemplada para un modelo de atención comunitaria en la atención de la salud mental, en donde el Trabajo Social debe de estar presente, por lo dispuesto en la ley y por la concordancia con la perspectiva que se busca alcanzar.

Para finalizar, se destaca lo expuesto por Iamamoto (2005) al referirse que se requiere:

un profesional culto, crítico y capaz de formular, recrear y evaluar propuestas que apunten para la progresiva democratización de las relaciones sociales. Se exige compromiso ético político con los valores democráticos y competencia teórico-metodológica [...] Estos elementos aliados a la investigación de la realidad posibilitan descifrar las situaciones particulares a las que se enfrenta el asistente social en su trabajo, de modo de conectarlas a los procesos sociales macroscópicos que las generan y las modifican. (Iamamoto, 2005, en Claramunt, 2009, p. 101)

## Consideraciones finales

En este documento se realizó un análisis sobre el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental, desde la particularidad de la creación de dispositivos alternativos, como el de MPLA, según lo dispuesto en la ley N° 19.529 de Salud Mental, aprobada en 2017.

Este análisis fue llevado a cabo mediante una entrevista semiestructurada a una de las técnicas referentes del dispositivo de MPLA, y un grupo focal con participación de integrantes de los tres colectivos que lo conforman.

Este tipo de estudios es importante ya que reflexionan sobre procesos de desinstitucionalización que están sucediendo, permitiendo ir elaborando conclusiones sobre las formas de implementación y desarrollo a lo largo del tiempo. En la medida que se fue describiendo una breve historización de este proceso, llegando a la actualidad, enfocándose en MPLA como parte del proceso de desinstitucionalización, mediante la propuesta de creación de dispositivos alternativos a las lógicas manicomiales.

A su vez, mediante la metodología utilizada fue posible observar directamente en base a este dispositivo, los contrastes que tienen las normativas vigentes, más particularmente la ley N° 19.529, sobre las acciones de la realidad, y cómo el Trabajo Social se desenvuelve en este campo de la salud mental y el rol que ocupa en MPLA.

En cuanto a las explicitadas dimensiones del Trabajo Social desarrolladas por Claramunt (2009), podría decirse que este trabajo tiene una relación con la dimensión investigativa. Esta relación se da en la medida que se busca indagar en relación a un proceso social, como lo es el proceso de desinstitucionalización en el campo de la salud mental, en base a la intervención de la práctica realizada por la estudiante presente. De manera que "la investigación en Trabajo Social no sólo es una herramienta en el proceso de intervención, sino que se inscribe en la posibilidad misma de constituir la práctica profesional" (Grassi, s/f, en Claramunt 2009, p. 95). Es importante destacar entonces que "es la concepción de teoría y práctica como unidad la que nos permite avanzar en la aproximación a la verdad, al conocimiento de la realidad social y a sus posibilidades de transformación" (Kameyama, 1989, en Claramunt, 2009, p. 94).

Asimismo, desde la dimensión asistencial explicitada por Claramunt (2009), es importante mencionar que los espacios de participación (mesas, plenarios, asambleas) con los que cuenta el dispositivo MPLA, permiten escuchar la voz de las personas usuarias como sujetos de derecho. En tanto este trabajo recaba a su vez las voces de las personas usuarias que participan de MPLA, a través del grupo focal realizado para su análisis. En la medida que el Trabajo Social busca en cierta forma a través de esta dimensión:

actuar apuntando al mejoramiento de la calidad de los servicios y programas sociales, humanizando su acceso, a partir de la consideración de los usuarios como personas y sujetos de derechos y no como un número o un expediente. Esto nos lleva además a considerar "la voz" de los sujetos, a propiciar su fortalecimiento y la escucha atenta hacia los beneficiarios por parte de los efectores públicos. (Claramunt, 2009, p. 96)

Por tanto, es de destacar el rol de esta profesión en dispositivos alternativos a las lógicas manicomiales como el de MPLA, dado que estos son respuestas en forma de políticas sociales en el campo de la salud mental. Pues de lo contrario puede suceder lo que algunos autores consideran como "desmaterialización" del trabajo social en el ámbito de los servicios sociales, donde además de la escasez de recursos en muchos casos se observa que cada vez menos es el Trabajo Social, como tal, quien determina el acceso a los mismos" (Claramunt, 2009, p. 96).

Como resultado final del desarrollo de este trabajo, se puede observar que a pesar de que la ley N° 19.529 de Salud Mental fue aprobada en el año 2017, aún no se ha logrado concretar adecuadamente todas las disposiciones que en ella se expresan.

Sucede en el caso de dispositivos alternativos como MPLA, que si bien cumple con lo planteado en la ley desde una perspectiva de derechos humanos, a su vez, su abordaje desde un enfoque interdisciplinar y multidimensional sucede mayormente por la voluntad de las/os técnicas/os que lo coordinan.

Dado que acontece de manera muy incipiente la contratación de recursos humanos que así lo efectivicen, siendo necesario para un abordaje multidimensional la mirada de diferentes actores, colocando a uno de ellos como el equipo técnico interdisciplinario.

Esto se ve reflejado en el capítulo 2, donde se extrae desde la entrevista realizada, la preocupación de que parte de las personas que integran el equipo técnico del dispositivo son practicantes/pasantes de los distintos servicios de la UdelaR o personas que participan

voluntariamente. De manera que este abordaje se efectiviza en gran parte gracias a la participación de actores universitarios mediante el trabajo en red e interinstitucional, que es llevado a cabo por la propia voluntad del equipo que coordina.

Respecto a esto último, sobre el trabajo interinstitucional también es algo que se encuentra débilmente abordado, pues la participación de distintos actores institucionales se da a través de la distintas redes, pero no hay un trabajo intersectorial que permita la atención en este campo desde diversos sectores (ministerios y organismos competentes), como forma de abordar la salud mental desde un dispositivo alternativo (MPLA).

Por otra parte, tomando los aportes de Rebellato (2000) se puede observar la importancia de una perspectiva comunitaria que permita a la persona usuaria de los servicios de salud mental ser sujeto y no objeto de intervención. En la medida que “ser sujeto es poder elegir [...] no es ser solitario [...] es poder ser autónomo [...] formar parte de comunidades y tradiciones dialógicas, en las que construimos nuestra identidad en la interacción con los “otros significantes” [...] es vivir la experiencia de la contradicción” (pp. 39-41).

Finalmente, se destaca una apreciación tras lo abordado en este documento, para lo que fue de gran insumo lo recabado en las instancias de entrevista y grupo focal, así como lo observado durante el proceso de pasantía. Esta se debe a la relación con lo expuesto por Rebellato (1989) sobre “la contradicción en el trabajo de campo”, tal como se titula uno de los capítulos de su obra “Ética y práctica social”.

Aquí Rebellato (1989) hace mención sobre la contradicción que vive el profesional, refiriéndose puntualmente a la disciplina de Trabajo Social, en el campo de trabajo en el que desarrolla sus prácticas, haciendo énfasis en la importancia de la “ética transformadora”. Sobre lo cual expresa:

Sólo la relación dialéctica con la práctica y la vida del pueblo puede lograr que el cuadro político, que el intelectual comprometido, empiecen a darse cuenta que también ellos deben transformarse [...] El Trabajador Social no puede apostar a un proceso de autorreflexión emancipatoria de los sectores populares, si él mismo no se somete a este proceso de autorreflexión. Esto requiere de una profunda actitud autocrítica, una autoevaluación constante, una sólida formación teórico-práctica en la línea de una Ética transformadora. (Rebellato, 1989, p. 70)

En otras palabras, se considera que en el trabajo con otras/os, desde las distintas prácticas profesionales, más allá de la especificidad de cada disciplina, el rol que se destaca no es necesariamente el de un profesional disociado de su propio ser (lo cual no es posible), sino el de un profesional que más allá de intentar pararse desde una mirada crítica, también es atravesado por la realidad de la práctica.

Desde un trabajo comunitario, donde no hay un otro/a sin un nosotros/as, la práctica nos invita a transformar y en la medida que esto sucede nos vamos transformando a nosotros/as mismo/as.

Es así que en la medida que vamos transformando-nos, interactuando con otro/as desde un quehacer cotidiano, vamos compartiendo y construyendo nuevas formas de ejercer un quehacer profesional que supera la academia e irrumpe nuestra propia práctica con la pura realidad, una realidad que emerge de un ser y sentir con otro/a, que nos permite redescubrir nuestra propia práctica, parándonos ahora no desde el yo y el otro/a, sino desde un nosotros/a que nos incluye y que busca transformar-nos.

## Referencias bibliográficas

- Acosta, L. (1998.). La génesis del servicio social y el "higienismo". *Fronteras*, n. 3, pp. 11-24.
- Amarante, P. (2009). Superar el manicomio. *Salud mental y atención psicosocial*.
- Angelino, M.A. y Rosato, A. (Eds.). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Noveduc libros.
- Apex-UdelaR (2021). Nueva edición de fotogalería – Salud Mental y Privación de Libertad. INDDHH. <https://apex.edu.uy/archivos/3632>
- Apex-UdelaR (2020). El oeste se organiza: el proceso del colectivo "Juntas Podemos". Agosto 29 de 2020. Comunicación de Apex-UdelaR, Parque Tecnológico Industrial del Cerro-IM, Escuela de Nutrición-UdelaR. [https://www.youtube.com/watch?v=cSSeU5XDfI0&ab\\_channel=ApexCerro](https://www.youtube.com/watch?v=cSSeU5XDfI0&ab_channel=ApexCerro)
- Apex-UdelaR (2020). Encuentro de vecinos, vecinas, colectivos e instituciones vinculados al proyecto HUERTAS EN CASA. <https://apex.edu.uy/archivos/3177>
- Apex-UdelaR (2022). Mesa Social del Oeste. <https://apex.edu.uy/archivos/4347#:~:text=La%20Mesa%20Social%20es%20un, trabajo%2C%20vivienda%2C%20entre%20otros>
- Batthyány, K., Cabrera, M. (Coords.). (2011). Metodología de la investigación para las ciencias sociales: apuntes para un curso inicial.
- Becker, H. S. (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Siglo veintiuno editores.
- Bentura, J. P. (1998.). La reconceptualización: ruptura y continuación. *Fronteras*, n. 3, pp. 25-34.
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 19(2), 529-549.
- Cherro Aguerre, M. A. (2004). Prólogo. En: G. Garrido (comp.). *Equipos comunitarios en salud mental: Un modelo en movimiento*. (pp. 7-10). GEGA SRL.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill/Interamericana de España, SAU.
- Claramunt, A. (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: Hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. *Fronteras*, 5, 91-104.
- De León, N. (2013). Capítulo III. Contextos de reformas regionales e internacionales en salud mental. Procesos de reforma en la región y en nuestro país: Del modelo manicomial al abordaje comunitario. En: N. De León (Coord.). *Salud Mental en debate. Pasado,*

- presente y futuro de las políticas en salud mental* (Colección Art. 2 “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General”). UdelaR-CSIC.
- De León, N., Pena, L. D. y Silva, C. (2020). Intersectorialidad en las políticas de salud mental: Sus características para la externación sustentable en el marco de la desinstitucionalización psiquiátrica en el Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*; 15(2).
- De León, N. y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región. *Salud mental, comunidad y derechos humanos*, 55.
- Domènech i Argemí, M., Tirado Serrano, F. J., Traveset, S. y Vitores González, A. (1999). La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*.
- Fernández Castrillo, B. (2012). Salud mental: Un concepto polisémico. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 7(12).
- Facultad de Psicología-UdelaR (2022). Cambio de modelo de atención en salud mental: nociones y desafíos. <https://psico.edu.uy/noticias/cambio-de-modelo-de-atencion-en-salud-mental-nociones-y-desafios>
- Foucault, M. (2000). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (MA Oyuela de Grant, Trans.).
- Jubin, M., Noya, L., de Souza, S., Bouza, R., Echeveste, N., Ferreira Cano, B. y De Los Santos, C. (2019). Movimientos para las Autonomías: Proyecto de apoyo y ampliación del Programa de Integración Socio Cultural y Productivo PTI-Cerro. *Montevideo: Producción colectiva*.
- Lapassade, G. (1999). *Grupos, organizaciones e instituciones: la transformación de la burocracia*. Gedisa, S.A.
- Ley N°18.211 *Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 13 de diciembre de 2007.
- Ley N° 11.139 *Patronato del psicópata*. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 16 de noviembre de 1948.

- Ley N° 9.581 *Psicópatas*. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 1936.
- Ley N° 19.529 *Salud Mental*. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 2017.
- Ministerio de Salud Pública (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. República Oriental del Uruguay.
- Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. República Oriental del Uruguay.
- Nin, M., Regina, R. y Porciúncula, H. (2004). Implementación y desarrollo del programa de salud mental en el ámbito del MSP. En: G. Garrido (comp.). *Equipos Comunitarios en Salud Mental: Un modelo en movimiento*. (pp. 11-22). GEGA SRL.
- Noya, L. (2018). Entramando: Dispositivo de inclusión socioproductiva dirigido a personas con padecimiento psíquico en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro. En: Benia W. y Moresino S. (coord.). *Buenas prácticas en capacidad resolutiva. Primer nivel de atención del SNIS*. (pp. 86-97).
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Salud Mental. Guía del promotor comunitario*.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*.
- Organización Panamericana de la Salud (2023). Mesa Local de Salud Mental del Oeste de Montevideo. Mesa de Experiencias Destacadas. *Conferencia sobre Salud Mental y Abordajes Comunitario*. Congreso Pablo Carlevaro SALUD, PARTICIPACIÓN SOCIAL y COMUNIDAD.
- Otonelli, F. J. (2013). Capítulo II: Salud Mental y Derechos Humanos. Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. En: N. De León (Coord.). *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (Colección Art. 2 “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General”). Udelar-CSIC.
- Rebellato, J. L. (1989). *La contradicción en el trabajo de campo. Ética y práctica social*.
- Rebellato, J. L. (2000). *Ética de la liberación*. Ed. Nordan-Comunidad.
- Ruiz, J. (2016). Focus group y grupo de discusión: similitudes y diferencias. *In XII Congreso Español de Sociología. España: FES* (pp. 1-9).
- Schvarstein, L. (1991). *Psicología social de las organizaciones. Nuevos aportes*. Paidós.

- Silva, C.; Bentura, C. y Beltrán, M.J. (2018). ¿Cerrar? ¿Para ir a dónde? Sobre el escenario de reglamentación de la Ley de Salud Mental. <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2018/10/cerrar-para-ir-a-donde-sobre-el-escenario-de-reglamentacion-de-la-ley-de-salud-mental/>
- Techera, A., De León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez Messina, L., Miniño, A. y Sánchez, C. (2013). Capítulo I: Políticas Públicas en Salud Mental. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. En: N. De León (Coord.). *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (Colección Art. 2 “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General”). Udelar-CSIC.
- Techera, A. y Apud, I. (2013). Capítulo I: Políticas Públicas en Salud Mental. Políticas de Salud Mental en Uruguay. En: N. De León (Coord.). *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (Colección Art. 2 “Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General”). Udelar-CSIC.
- Vecinday, L. (2014). La constitución del Estado de bienestar en Uruguay. Capítulo 3: Configuración del Estado de bienestar uruguayo y su transformación a partir de la década del setenta. Breve trayectoria de sus principales estrategias de protección social. En: L. Vecinday (comp.). *Protección social en Uruguay: transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay: El caso del Plan CAIF 2003-2009*. Ediciones Universitarias.
- Viñar, M. E. y Bentancor, J. (2023). Mesa Local de Salud Mental del Oeste de Montevideo. En: Conferencia sobre Salud Mental y Abordajes Comunitarios. *Congreso Pablo Carlevaro. Salud, participación social y comunidad*. (pp. 23-24)

## Anexos

### 1. Pauta de entrevista semiestructurada

Se realiza una entrevista semi-estructurada a una referente (Lic. en Psicología) del equipo técnico del dispositivo de MPLA.

Los objetivos de esta instancia son recabar información en profundidad y actualizada acerca del dispositivo, así como la mirada técnica que se tiene desde el equipo hacia el dispositivo en el marco de la ley N° 19.529 como parte del proceso de desinstitucionalización, contemplando los aportes y desventajas que se puedan presentar.

#### Datos de la persona entrevistada

1. ¿En qué marco institucional participa en el dispositivo?
2. ¿Cuál es su rol en el dispositivo? ¿Hace cuánto tiempo participa en él?

#### Descripción del dispositivo

3. ¿Cómo se originó el dispositivo Movimientos para las Autonomías?
4. ¿Cuáles fueron los objetivos iniciales del dispositivo? ¿se han mantenido en el tiempo? ¿Cuáles son actualmente?
5. ¿Cómo está conformado el dispositivo?
6. ¿Cómo funciona el dispositivo? Es decir, ¿cuál es la modalidad de trabajo?
7. ¿Cómo llegan las personas al dispositivo?

#### Desinstitucionalización

8. ¿Cómo crees que se concibe a la salud mental en el dispositivo?
9. ¿Cómo crees que el dispositivo aporta al proceso de desinstitucionalización?
10. ¿Qué fortalezas y debilidades tiene el dispositivo en el marco del cumplimiento de la ley de Salud Mental N° 19.529?

#### Rol del Trabajo Social

11. ¿Cómo se ha visto presente a lo largo del tiempo la disciplina de Trabajo Social en el dispositivo?
12. ¿Qué importancia crees que tiene la presencia de esta disciplina en el dispositivo?

A modo de cierre

- ¿Algún comentario o información que considere necesario agregar?

## **2. Pauta de grupo focal**

Se convoca en general a personas que integran los tres colectivos del dispositivo MPLA. Participan en total 7 personas del grupo focal (4 de Compaz, 1 de Juntas Podemos, 2 de Carancho y Fuego).

El objetivo principal de esta técnica es recoger las distintas voces de las personas que participan como usuario/as del dispositivo, logrando captar las opiniones individuales sobre un mismo fenómeno que en este caso comparten, producen y reproducen en primera persona.

Siendo importante y necesario que sus voces, opiniones y representaciones sobre este dispositivo, elaborado en función de una nueva lógica de atención, se encuentren contempladas para el desarrollo de este trabajo, lo cual permitirá un mayor nivel de análisis hacia los objetivos de la monografía.

Descripción del dispositivo

1. ¿Qué es para ustedes Movimientos para las Autonomías?

Desinstitucionalización

2. ¿Qué es para ustedes la salud mental?
3. ¿Conocen la ley de Salud Mental? ¿Qué conocen sobre ella?
4. ¿Qué piensan sobre el cierre de los manicomios? Como por ejemplo el cierre del hospital Vilardebó.
5. ¿Les parece que lo que hacen en Movimientos para las Autonomías tiene que ver con la salud mental? ¿Por qué?  
¿Y con la ley? ¿Por qué?
6. ¿Conocen otros grupos o experiencias como Movimientos para las Autonomías?

## Trabajo Social

7. ¿Se acuerdan de Laura, Melina y Elisa (en el caso de Juntas Podemos)<sup>15</sup> ?Al igual que yo, todas somos de Trabajo Social/Asistente Social. ¿Qué dirían qué hacemos acá en Movimientos para las Autonomías?

## A modo de cierre

- ¿Quieren agregar otra pregunta que no haya dicho?
- ¿Cómo se sintieron?

---

<sup>15</sup> Se hace mención a otras estudiantes de la Lic. en Trabajo Social que estuvieron en algún momento trabajando y acompañando desde un rol de prácticas estudiantiles y pasantía, con el propósito de que visualicen puntualmente el rol de esta disciplina para lograr responder a la pregunta en cuestión.