



Más allá del manicomio: avances y desafíos en la implementación de la Ley de Salud Mental en Uruguay

MARÍA INÉS MORALES POEY

TRABAJO FINAL DE GRADO

Licenciatura en Psicología

Facultad de Psicología | Universidad de la República

Tutora: Cecilia Baroni

MONTEVIDEO, URUGUAY

2025

Índice

Introducción.....	3
Cambio de paradigma en atención en salud mental en Uruguay.....	4
Proceso de desmanicomialización uruguayo.....	7
Ley de Salud Mental y Plan Nacional de Salud Mental.....	9
Dispositivos de atención en salud mental del Mides en Uruguay.....	11
Dispositivos Mides a partir de la Ley de Salud Mental.....	12
1. La nave de los locos (eje cultural y sociolaboral).....	14
2. La casa de los sueños (eje cultural y sociolaboral).....	15
3. Moebius (eje cultural).....	15
4. Centros 24 horas, casas de medio camino y la casa comunitaria Vilardevoz (eje vivienda).....	16
5. Sámaras (eje sociolaboral).....	18
Una mirada intersectorial de la salud mental.....	20
Conclusiones.....	29
Anexo.....	32
Referencias bibliográficas.....	33

Introducción

El objetivo del siguiente trabajo es dar cuenta del proceso de transición de modelos en el marco de la Ley de Salud Mental N° 19.529 del 2017, analizando lo acontecido en 2023 y 2024, cuando el Ministerio de Desarrollo Social (Mides) tuvo un papel relevante en su implementación. Durante dicho período se crearon algunos dispositivos (habitationales, sociolaborales, socioculturales) para abordar algunas de las problemáticas de salud mental en el Uruguay, sobre todo de las personas en situación de vulnerabilidad social. Muchos de ellos fueron y son parte de mi experiencia preprofesional como psicóloga y tengo la oportunidad de conocer varios de estos dispositivos desde mi inserción laboral. A saber: colectivo Vilardevoz, Centros nocturnos del Ministerio de Desarrollo Social (Mides), la Casa Comunitaria de Vilardevoz y el proyecto sociolaboral Sámaras.

A través del análisis documental y de la sistematización voy dando cuenta de mi recorrido por diversos dispositivos de abordaje en salud mental para poder analizar desde la práctica las políticas en salud mental desde la intersectorialidad. Para ello, se realizó un diseño metodológico de carácter cualitativo que a través del análisis documental y de la propia práctica me permitió la elaboración de este trabajo. Es de orden aclarar que realizar este trabajo implica un posicionamiento particular, a saber, con sesgos y limitaciones propios de la subjetividad de la propia experiencia. Haraway (1988) menciona al respecto el concepto de «política de posicionamiento», que implica ocupar un lugar y hacernos cargo de lo que queremos defender.

Siguiendo esta línea presentaré los dispositivos de atención a salud mental desde una perspectiva intersectorial, creados luego de la implementación de la Ley de Salud Mental (LSM); ejes que se integran al abordaje en salud mental, a saber: casa, trabajo y cultura. Estos, además se toman de experiencias en el exterior (Argentina y Brasil fundamentalmente) y del modelo de desinstitucionalización que tuvo lugar en Italia con la Ley N°180, conocida como Ley Basaglia. Es interesante destacar que, en dicho país, se logró, entre otras cosas, el cierre de todos los manicomios en 1999. Antecedente relevante para el camino que comienza a andar Uruguay en esta temática.

¹ Participante de la radio Vilardevoz.

Cambio de paradigma en atención en salud mental en Uruguay

Anteriormente, en el campo de la salud mental, predominaba un modelo de atención asilar, centrado en la atención de la enfermedad y sin una mirada integral. Para abordar esto, debemos tener en cuenta que la salud mental «La mayoría de las veces [...] sigue siendo sinónimo de enfermedad mental en tanto padecimiento individual que hay que abordar» (Baroni, 2024, p. 23). A partir del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 2020, la concepción de la salud mental y su abordaje ha ido cambiando. En 1986 con el origen del PNSM (1986) se lograron los primeros avances en la atención desde otro paradigma, con la creación de centros de salud, unidades de salud mental en hospitales generales, equipos comunitarios de salud mental, etc. Más adelante, con la aprobación de la LSM en 2017, se hizo hincapié en incluir la perspectiva de derechos, así como el modelo de atención debe ser comunitario.

Para este trabajo entendemos la salud mental como un campo complejo, que, como sostiene Del Cueto (2014), debe ser entendida como un bien colectivo que se construye desde la producción subjetiva de cada comunidad. Del Cueto argumenta que los nuevos modelos comunitarios exigen una reinención de las prácticas, situando en el centro del debate la política de lo común y el encuentro con las diversas potencias deseantes para establecer un nosotros entre el sujeto y la comunidad. La autora enfatiza que la salud mental no es solo un asunto individual, sino también cultural y social, lo que resalta la importancia del entorno comunitario en el bienestar psicológico. Siguiendo esta línea, Basaglia menciona que «las personas con padecimiento mental necesitan afecto, dinero, trabajo, y nosotros debemos dar respuesta no solo a su padecimiento sino a su ser social y político» (Basaglia, 2008).

En este sentido, la aprobación de la LSM implicó un paso sustancial en el paradigma de atención de la salud mental. Sin embargo, a ocho años de aprobada la ley, su implementación ha sido lenta e insuficiente (Baroni, citado en Ghemi, 2023). Pero, dada la insistencia de las organizaciones sociales (familiares, usuarios, etc.) y de colectivos como la radio Vilardevoz². Sabemos que es posible otro paradigma de atención en salud mental.

² Vilardevoz es uno de los colectivos, pionero del movimiento antimanicomial en Uruguay. Surge hace 27 años como una propuesta de estudiantes de psicología que funcionó dentro del Hospital Vilardebó hasta el año 2020 y a partir de la pandemia, hasta la actualidad, funciona en un local ubicado en Ciudad Vieja#. Desde sus comienzos y como base de su propuesta comunicacional y participativa diseñó propuestas de abordaje para las personas con padecimiento de lo psiquiátrico# de manera integral y desde una perspectiva de derechos humanos donde la voz y sobre todo las experiencias de las personas son importantes para poder transformar algunas de las condiciones de su sufrimiento por internaciones, falta de autonomía, violencias, estigmatización, etc. Estamos hablando además de personas a quienes históricamente, por su condición de «locos» o «inadaptados» fueron silenciados tras los muros del hospital, demostrando que es posible y necesario otro modelo de atención. De esta forma, el colectivo ha sido un precursor en el área de salud mental comunitaria generando espacios de autonomía y autogestión. Es importante señalar, además, que Vilardevoz impulsó no solo el debate acerca de la necesidad de un cambio jurídico en el Uruguay sino la aprobación de la Ley de Salud Mental.

Uruguay presenta una serie de políticas sociales y dispositivos³ destinados a población con problemáticas como ser la situación de calle, consumo problemático de sustancia psicoactivas, desempleo, entre otras. El abordaje de problemáticas asociadas a salud mental por parte del Mides u otras dependencias estatales como la Intendencia no eran comunes. Una de las primeras iniciativas para generar una alternativa en la atención, alineándose con los principios de la ley N°19.529, fue la inauguración de la Casa Comunitaria de Promoción de Salud Mental en Colón de la Intendencia de Montevideo, el 16 de noviembre de 2022. «Su creación tiene como propósito contar con un espacio destinado al desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud mental a través de una metodología de trabajo que toma como elemento central la participación de la comunidad y el trabajo en red en el territorio» (Colón Portal, 2022, párr. 2).

Por su parte, la salud pública estatal (ASSE) ha sido el ente rector de las políticas de salud y atención directa en hospitales públicos y específicos en la temática, como es el hospital Vilardebó. Aun así según el MSP (2018) estos abordajes han sido instrumentados parcialmente o no ejecutados por falta de recursos humanos y el ineficiente manejo de los recursos económicos. En definitiva, hablamos de que las políticas públicas están fragmentadas, tienen un gasto significativo de recursos y las personas quedan atrapadas en circuitos institucionales sin respuestas reales a sus demandas, generando sufrimiento, desgaste, y dificultad en la adherencia al tratamiento si es que lo necesitan. Para paliar esta problemática, en el marco de la LSM se creó la Intersectorial, estableciéndose que «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).

La Intersectorial es un espacio conformado por un representante de cada ministerio, con el Mides como órgano rector. Según el PNSM (2020) la Intersectorial tiene como principal objetivo optimizar recursos y mejorar los procesos de las personas. En este marco, para la implementación de la ley, en el 2022 se realizó un llamado a propuestas para priorizar la inclusión comunitaria de personas que presentan problemas de salud mental. En esa instancia el colectivo Vilardevoz presentó varias propuestas de las cuales se financiaron dos: La casa comunitaria en tanto dispositivo habitacional y La nave de los loques en tanto espacio sociocultural y laboral. Estos proyectos fueron aprobados y comenzaron a funcionar en convenio

³ Varios autores/as han alertado sobre el uso indiscriminado del concepto de Dispositivo. Veremos que en esta transición de cambio de modelo un campo de disputa será también el de las palabras.

con el Mides a mitad del 2023. Posteriormente, en 2024, desde el área de salud mental del Mides se impulsa el proyecto sociolaboral Sámaras, el cual es llevado adelante por la Cooperativa de Docentes para una Formación Integral (Codof) y Vilardevoz.

Es importante decir que las organizaciones sociales⁴ han sido fundamentales en el proceso de implementación de la LSM como agentes impulsores del cambio y productores de saber colectivo instaurando la problemática de la salud mental y de la situación de calle en la agenda pública. Esto colaboró en visibilizar una problemática que atraviesa a toda la sociedad y es por tanto tarea estatal y de la sociedad reconocer, integrar, aceptar, restablecer derechos, cuidados y soluciones para el abordaje de las problemáticas partiendo de la base que se debe poder participar en el diseño e implementación de las políticas.

4 Vilardevoz, la editorial Bibliobarrio, la Comisión de Salud Mental, Derechos Humanos del CEUP y la cooperativa Riquísimo Artesanal.

Proceso de desmanicomialización en Uruguay

Según Sampayo (2005) el término desmanicomialización «alude a un acercamiento a la comunidad del proceso de rehabilitación de los enfermos con patologías mentales y la abolición de los grandes asilos de internación» (Sampayo, 2005, p. 44). Para otras/as autores/as con el proceso de desmanicomialización, no se busca dejar a las personas en la calle y a los/as trabajadores/as de la salud sin trabajo, sino que apunta a dignificar la atención de la salud mental, creando nuevas alternativas de tratamiento como pasó en Uruguay con lo que se denominó como «desmanicomialización forzada». Como dice Baroni «De 1996 en adelante la desinstitucionalización se va a caracterizar por ser forzada, lo que alude, como ya hemos visto, a que esta se planteó sin planes, programas o políticas claros y sin la participación de usuarios-internados» (2024, p. 166).

Basaglia (2000/2008) ya mencionaba que «En realidad, tanto el manicomio como la cárcel sirven para confinar las desviaciones de los pobres, para marginar a quien ya ha sido excluido de la sociedad. En gran medida, el manicomio y la cárcel son intercambiables: podemos tomar un preso y colocarlo en el manicomio o tomar un loco y meterlo en la cárcel. Las funciones institucionales son las mismas» (Basaglia, 2000/2008, p. 58). Basaglia sostiene que la mayoría de las personas piensan que cerrar los hospitales amenaza con llevar la locura a las calles, y esto para gran parte de la sociedad significa caos.

Las primeras propuestas de alternativas al manicomio según Basaglia surgen en Inglaterra en los años sesenta cuando se realiza una reforma sanitaria, y surge el primer concepto de comunidad terapéutica. Para Basaglia una comunidad se convierte en terapéutica cuando se comparten principios que no dependen del núcleo de la institución y que tiene como resultado un trabajo grupal, perdiéndose lo esencial de la enfermedad donde «hasta el enfermo más grave, el más delirante comienza a ser parte activa de esa comunidad» (Basaglia 2000/2008, p.100). Este proceso logró reducir el número de internados en Inglaterra; así como cambiar la noción de *enfermo mental* por *enfermo informal* y poner el foco en el ámbito laboral de estas personas. Sin embargo, este proceso no duró mucho tiempo, ya que cuando la demanda de trabajo disminuía la persona volvía al manicomio. Basaglia (2000/2008) realizó una crítica a este modelo, llegando a la conclusión de que la psiquiatría comunitaria es simplemente «el reciclaje de la vieja gestión del manicomio» (p. 100), y afirma que este «cambio» no implicó un cambio estructural, sino que simplemente fue otra forma de administrar el manicomio. Es así como Basaglia y sus compañeros/as entendieron que cualquier administración del manicomio seguía siendo una forma de control, por lo que su lucha se dirigió hacia la abolición total de estas instituciones. El éxito de este movimiento italiano se refleja en la demostración de que se puede asistir a las personas con padecimientos mentales

sin tener que encerrarlos en un hospital. En una de las conferencias que dio Basaglia en Brasil a lo largo del año 1979, le preguntaron si era posible una reestructuración de los hospitales psiquiátricos en Brasil, este respondió que él no traía consigo una fórmula europea para los problemas de Brasil y que la solución consiste en los mismos brasileños. Resalta además que siempre se puede hacer algo a partir de los técnicos: «Ya se puede hacer algo a partir de los técnicos, de la misma clase médica que está aquí entre nosotros, y que es muy reaccionaria, todavía muy ligada a los principios médicos yankees y a las decedentes técnicas europeas. Esto no resolverá el problema, pero pondrá a prueba a aquellos de ustedes que quieren ser los técnicos de un nuevo Brasil» (Basaglia, 2000/2008, p. 39). El mismo autor plantea las grandes dificultades al darle de alta a la persona que sale del hospital: «Nuestro problema es encontrar una solución de vida para el que es dado de alta, no ya en el grupo familiar, sino en el grupo social, tratando de mostrar a este grupo, quién es la persona que está volviendo. Esta es la dificultad mayor, la que exige mayor habilidad por parte del operador social que, en la miseria extrainstitucional, debe encontrar un lugar para el indeseado» (Basaglia, 2000/2008, p.46).

Blanco (2016) menciona el concepto de *institución total*⁵ de Goffman al referirse a las características que adopta el centro y su funcionamiento, (Blanco, 2016, p. 23) principalmente por la vigilancia que existe hacia los usuarios, los cuales deben obedecer reglas, como pedir permiso para salir. Esta vigilancia es una característica común en todos los centros de atención del Mides, tanto en los medios caminos, centros 24 horas, entre otros, a excepción de la Casa comunitaria de Vilardevoz, que detallaré más adelante. Actualmente en Uruguay, con la implementación de la LSM podemos decir que desde el 2022 estamos en un nuevo impulso del proceso de desmanicomialización, que comienza a implementarse teniendo al Mides como ente rector de este proceso y no al Ministerio Salud Pública (MSP) con su lógica de atención sanitarista. Se tiene en cuenta lo que plantea De León al mencionar que «la desaparición del “modelo asilar” debería acompañarse de la programación de un nuevo diseño de atención que pueda sostener y prestar los servicios necesarios y adecuados para nuestra población.» (De León, 2013, p. 20).

5 Una institución total para Goffman se puede definir como «un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (Goffman, 2004, p.13). Ejemplo de esto pueden ser las cárceles y los hospitales psiquiátricos.

Ley de Salud Mental (2017) y Plan de Salud Mental (2020)

El modelo de atención en salud mental de Uruguay ha sufrido transformaciones a lo largo de los años como lo han descrito autoras como Baroni (2024) y Duffau (2019). Este proceso continuó con la promulgación de la primera ley de salud mental que ha tenido el país —Ley N° 19.529— en agosto del año 2017. En nuestro país los dispositivos de atención en salud mental se encuentran legislados por esta ley y regulados por la ordenanza 1488/2019. Según el Artículo N° 37 de la Ley de Salud Mental:

Se impulsará la desinstitutionalización 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. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales (Ley N° 19.529, 2017, art. 37).

El cierre previsto de estructuras monovalentes que expresa la LSM requiere la implementación de dispositivos alternativos de atención a la salud mental, para evitar la lógica manicomial. No todos los dispositivos propuestos en la ordenanza están vigentes, si bien en el año 2023 y 2024 se crearon nuevos centros, siguen siendo insuficientes. Desde la aprobación de la LSM en 2017 se ha avanzado en la implementación de dispositivos para reducir la población en instituciones monovalentes, creando casas de medio camino, centros diurnos, residencias asistidas, hogares protegidos, viviendas supervisadas y la casa autogestionada de Vilardevoz. Sin embargo, la respuesta del Estado sigue siendo insuficiente para abrir más propuestas alternativas al manicomio. Luego, el 23 de agosto de 2019, el MSP aprobó la ordenanza N° 1.046/016 donde explicita la lista de dispositivos que integran la red de atención de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En febrero de 2020 se elaboró y aprobó un nuevo PNSM 2020-2027, cumpliendo con una de las disposiciones planteadas en la Ley N° 19.529, que expresa en el artículo 8: «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» (Ley N° 19.529, 2017). El Plan de Salud Mental «pretende ser un instrumento idóneo para poner en práctica políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud y su disfrute de manera integral y al más alto nivel posible a toda la población de la República Oriental del Uruguay» (Plan nacional de Salud

Mental, 2020, p. 1). El plan expresa que actualmente en Uruguay coexisten tres modelos de atención en Salud Mental: aislamiento, hospitalocéntrico y comunitario. Este último cuenta con un escaso desarrollo.

Existen sí múltiples experiencias con diferentes estructuras y modalidades sin articulación y complementación limitada. A nivel comunitario se pueden encontrar entonces equipos especializados, psicólogos de área, consulta de psiquiatría y psicología, comités de recepción para recibir psicoterapia y escasos servicios comunitarios de mediana o larga estadía alternativos a la internación, todos ellos como se mencionaba anteriormente con una insuficiente coordinación, superposición de recursos y baja eficiencia. La complementación público-privada, fundamentalmente para las regiones más alejadas de la capital, donde el capital humano es escaso, aún es muy incipiente (Plan Nacional de Salud Mental 2020, p. 20)

El PNSL expresa que una de las acciones a llevar a cabo es «Crear y/o reestructurar servicios existentes para la conformación de la red a nivel de territorio de acuerdo a la Ordenanza de dispositivos aprobada y al plan de trabajo territorial» (Plan Nacional de Salud Mental 2020, p. 47). También se menciona la relevancia de la intersectorialidad en la implementación de LSM:

El Estado promoverá a partir de la intersectorialidad, la construcción de políticas específicas en el área de la salud mental por parte de todos los Ministerios, organismos implicados en Ley 19.529 y organizaciones de la sociedad civil, de modo de garantizar el desarrollo de acciones conjuntas, eficientes y solidarias. Estas políticas deben contener propuestas que fortalezcan las cooperaciones técnicas, económicas y financieras que den sostén a las mismas (Plan de Salud Mental, p. 31).

Retomando la problemática que tenemos en Uruguay, donde las políticas siguen estando fragmentadas, se hace necesario que la intersectorial actúe de manera conjunta y articulada. En Argentina con la implementación de la ley nacional de salud mental, han tenido la misma dificultad, respecto a esto, Rossetti y Monasterolo argumentan que «Si se aspira a la desinstitucionalización de los/as usuarios/as de salud mental, no alcanza con que los equipos de salud mental otorguen el alta, los trabajadores/as sociales de desarrollo social provean un subsidio, etc., sino que los sectores se deben poner de acuerdo y pensar estrategias colectivas para afrontar los problemas que surgen o puedan surgir de decisiones de políticas que desafían la atención tradicional en salud mental. La intersectorialidad requiere de acciones de colaboración y de cooperación no jerárquicas todo lo cual desafía el funcionamiento piramidal del Estado» (Rossetti y Monasterolo, 2018, p. 223).

Dispositivos de atención en salud mental del Mides en Uruguay

La noción de *atención* respecto a las personas con padecimiento mental se ha transformado, nunca fue suficiente la atención sanitaria, las personas para tener una vida digna necesitan vivienda, trabajo, educación, una red comunitaria y acceso a la cultura entre otras. Si bien existen otras políticas destinadas a la atención en salud mental desde Salud Pública, me centraré aquí en las políticas sociales y de atención en salud mental del Ministerio del Desarrollo Social (Mides) por el énfasis intersectorial en los nuevos dispositivos alternativos en el marco de la implementación de la Ley en Salud Mental. Por su parte, el MSP (2018) plantea líneas de acción a realizarse entre 2019-2020 que favorezcan la implementación de la LSM, a saber: Ampliación de la oferta de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales, completar la incorporación de psicólogos a los equipos del primer nivel de atención, y fortalecer la respuesta de los Equipos de Salud Mental (MSP, 2018, p.31). Estas acciones fueron parcialmente instrumentadas abriéndose camas en el Hospital Maciel y el Pasteur. Según Romano Fuzul (2019) «Los únicos dispositivos especializados en salud mental que son identificados en la organización administrativa de ASSE son las Unidades Ejecutoras (UE) 103 (CEREMOS), 007 (Hospital Vilardebó) y 078 (Centro Nacional de Información y Referencia de Red de Drogas Portal Amarillo)» (p. 2).

Con respecto a las políticas sociales, en el marco del PNSM 2017 y la comisión intersectorial, el Mides crea el área salud mental, y desde allí realiza una serie de propuestas. Cabe señalar que muchas personas que son dadas de alta del Hospital Vilardebó quedan en situación de calle, volviendo en muchos casos a pedir cupo en centros nocturnos. Si bien el Mides junto con el área de Trabajo Social del Hospital Vilardebó y Ceremos trabajan en conjunto para que las personas dadas de alta no vuelvan a la calle, la cantidad de personas en relación a la cantidad de cupos excede la respuesta que se puede dar. Configurando lo que se podría describir como el fenómeno de 'puerta giratoria'⁶. Poder aportar a que ese proceso cambie, sobre todo pensando en lo que implica para las personas, es fundamental.

⁶ «El fenómeno del reingreso frecuente, también llamado “puerta giratoria”, al hospital psiquiátrico (revolving door) ha sido objeto de estudio durante décadas en el área de la salud. Se define al paciente con reingresos frecuentes (prf) como aquel que cuenta con tres o más hospitalizaciones en un año» (Pezzani Di Falco, 2017, p.1).

Dispositivos del Mides a partir de la Ley de Salud Mental

En Uruguay, existen varios dispositivos públicos destinados a la atención de la salud mental y a usuarios con patología dual, es decir, personas que enfrentan problemas de salud mental y uso problemático de sustancias. Estos dispositivos están a cargo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y del Mides. Dentro de este último, se incluyen centros diurnos, casas de medio camino, viviendas con apoyo, centros especializados en patología dual, dispositivos sociolaborales y equipos de abordaje territorial, entre otros (ver anexo).

Como ya adelantamos, los tres ejes fundamentales en la implementación de la LSM en nuestro país son: vivienda, cultura y trabajo. En este sentido, se han desarrollado proyectos de atención integral e intersectorial que apuntan a la integración comunitaria de las personas con padecimientos mentales. En el año 2023 se inauguraron la Casa Comunitaria de Vilardevoz y el espacio cultural de la radio Vilardevoz llamado La nave de los loques, en convenio con el Mides. Ambos dispositivos surgen del colectivo de la radio Vilardevoz, como espacio de promoción y atención en salud mental desde una perspectiva de comunicación participativa. Ese año se inauguró otro centro cultural llamado la Casa de los sueños, como una propuesta sociocultural para personas en situación de calle. Posteriormente, en 2024, el área de salud mental del Mides, inauguró tres proyectos nuevos: el dispositivo sociocultural Moebius, el proyecto sociolaboral Sámaras para trabajar con personas con padecimientos mentales, personas en situación de calle y personas con problemas de consumo. Por último, se crearon también equipos territoriales con duplas itinerantes para trabajar con personas que presentan problemas de salud mental y/o uso problemático de drogas.

Como mencioné previamente, existen varios autores/as han alertado sobre el uso indiscriminado del concepto de Dispositivo. En el presente trabajo me refiero a las alternativas que impulsa el Mides como dispositivos porque así la llaman desde el Ministerio, pero cabe aclarar que hay que ser críticos con las palabras que utilizamos. El Mides, emplea este concepto como sinónimo de estructura, mientras que otras/as autores/as (que toma Vilardevoz) lo emplean como una forma analítica del poder.

Vilardevoz según Baroni et al (2024) se entiende como una serie de dispositivos entrelazados entre sí y uno de sus primeros esfuerzos fue diseñarse en tanto dispositivo alternativo de salud mental. Toman así el concepto de dispositivo siguiendo la definición de Foucault en Vigilar y Castigar (1976), que luego fue desarrollada por varios autores como Deleuze (1988/2007). Según este autor los dispositivos son máquinas para poder ver y poder hablar. Establecen normas, discursos y prácticas que moldean y restringen las formas de ser y pensar de los individuos. El autor los define como:

[...] una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneal. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza y esas líneas del dispositivo no abarcan ni rodean sistemas cada uno de los cuales sería homogéneo por su cuenta (el objeto, el sujeto, el lenguaje), sino que siguen direcciones diferentes, forman procesos siempre en desequilibrio y esas líneas tanto se acercan unas a otras como se alejan unas de otras (Deleuze, 1988/2007).

Asimismo, menciona que es posible utilizar los dispositivos establecidos para desafiar las normas y los poderes dominantes. De este modo, desde el esquizoanálisis, se busca analizar y dismantelar los dispositivos represivos para liberar las potencialidades creativas. Deleuze y Guattari (2006) proponen la construcción de nuevos dispositivos, llamados «máquinas de producción de deseo». Se puede plantear que el colectivo Vilardevoz es tanto una máquina de producción de deseo como una máquina de guerra⁷, en cuanto tiene una permanente práctica de analítica del poder de la relación entre sujeto técnico y sujeto participante. Al decir de Baroni (2024) parte de la tarea en Vilardevoz es

Acompañar procesos de empoderamiento de sus integrantes a la hora de reivindicar condiciones dignas durante una internación o de denunciar abusos de funcionarios, técnicos profesionales y pares. Eso implicó que en la radio se hablara acerca de la violentación real y subjetiva que producen el encierro y las prácticas llamadas de contención —como atar a las personas a su cama, aislarlas, sedarla [...] la crítica a las lógicas manicomiales [que existe en] el equipo de Vilardevoz conformado mayoritariamente por psicólogos y psicólogas, permitió que el análisis de sus estrategias e intervenciones fuera construyendo no sólo un posicionamiento, sino un dispositivo de intervención y de inclusión social alternativo en salud mental desde una perspectiva de derechos humanos (Baroni, 2024, p.134).

Siguiendo a Deleuze, las intervenciones en Vilardevoz son rizomáticas, adaptándose a cada contexto; al decir de Antar (2002) «...no hay producción psíquica fuera de lo contextual». Se deben tener en cuenta los diversos pliegues que existen en cada persona: su vulnerabilidad, la situación de calle, la pobreza, la exclusión, la violencia, la estigmatización, el encierro, etc., por lo que la intervención debe estar focalizada en todas las ramificaciones y posibilidades, ver a la persona como potencia, enfatizando en la autonomía y la autogestión. A su vez, también es rizomático en su metodología de trabajo en cuanto sigue máquina deseante y no se rige por un plan o programa estructurado, sino por lo que el colectivo va construyendo y decidiendo en los espacios de participación, por ejemplo, el taller central, donde se da un

⁷ Deleuze habla de máquina de guerra como la forma que se adquiere para dar «respuesta, de defensa ante los aparatos del Estado, a los aparatos de captura» (Deleuze, 1988/2017, p. 14).

intercambio semanal en el local de la radio con todos los participantes. Lo rizomático implica estar y hacer red, conectarse con otros en la medida que haya temáticas y cuestiones a resolver en común.

A continuación, narraré mi experiencia en los distintos proyectos y dispositivos inaugurados, para luego realizar el análisis correspondiente en el próximo capítulo.

1. La nave de les loques (eje cultural y sociolaboral)

La nave de les loques, es un espacio cultural y tienda social, inaugurado el 9 de abril de 2024, por el colectivo Vilardevoz. Se sostiene en tres pilares fundamentales: salud mental, autogestión y economía solidaria. Surge a partir de un convenio realizado en 2023 con el Mides con el objetivo de fortalecer la participación social y la autogestión de personas con padecimientos subjetivos. Se encuentra ubicado en German Barbato 1478, próxima a la Casa Comunitaria de Vilardevoz-Mides, hecho que facilita la participación de los habitantes de la casa en el centro cultural. En la nave se busca apuntalar emprendimientos sociolaborales y constituye un espacio abierto, amigable con la locura y especializado en salud mental. En 2024 se realizaron, por parte de militantes antimanicomiales, algunos talleres abiertos al público, como ser: Juegos teatrales, que utiliza herramientas de teatro y de clown; Danza, movimiento y terapia, un taller abierto, para la integración física, emocional, cognitiva y social de las personas; y un taller de música. Otros espacios fueron: Capoeira, un taller grupal, acompañado de diversos instrumentos de percusión; y Atelier de pintura, con un participante de la radio como tallerista, donde se busca que sus participantes, a través del vínculo con el arte puedan ser los protagonistas de su producción. En octubre de 2024 comenzó además un emprendimiento de cocina llamado La katering, y un emprendimiento de galletas llevado a cabo por un participante de la radio e integrante de la casa. También funciona en el espacio una second hand, donde trabajan personas integrantes del colectivo.

Por otro lado, se sumaron otros talleres que funcionaban anteriormente en el local donde emite radio Vilardevoz: Miscelánea, que tiene como eje la expresión plástica; emprendimientos, cuyo objetivo es pensar alternativas sociolaborales que puedan llevarse adelante tanto colectiva como individualmente; Producción radial, un espacio para la producción de diversas propuestas comunicacionales y la concreción de la salida al aire de la radio; y Club de socios, este último es un espacio de autogestión económica de Vilardevoz, asumiendo tareas de organización, finanzas y cobranza, entre otros; los socios del colectivo pagan un cuota para contribuir a que el colectivo funcione. Este club está integrado por participantes y coordinadores/as. Las propuestas de un espacio autogestivo en el colectivo Vilardevoz no adhieren a contribuir a la lógica del sistema capitalista sino a otras formas de sostenibilidad. Como se verá, este convenio obligó a los vilardevocenses a rediseñar los espacios de trabajo, dónde y cuándo funcionar a la

vez que a integrar lo que ya se venía haciendo por parte del colectivo y que es parte fundamental del acumulado de 27 años de trabajo.

A su vez se realizaron varios eventos en La nave: ferias, presentación de libros, cumpleaños, reuniones del Frente manicomial y de la Coordinadora. Estos eventos son trabajados previamente en las reuniones de equipo y luego llevados a las reuniones de la nave para conversar sobre la participación, organización y división de tareas. Algunos de los eventos más destacados fueron: «Pintó vestirse» donde se buscaba dar a conocer el emprendimiento de la second hand; hubo trueques, música, cantina solidaria y se abrió la tienda social de la radio. Luego se llevó a cabo «Pintó bailar», surgió en el mes de agosto cuando en Uruguay se festeja la noche de la nostalgia donde las personas salen a bailar música de los 60, 70, 80 y 90. La idea principal de este evento fue brindar un espacio para aquellos que no tienen la posibilidad de prepararse y asistir a un baile. Por último, se realizó «Pintó pintar», coordinado por el espacio de Miscelánea, donde hubo exposiciones, artistas invitados, cantina solidaria y música.

Este dispositivo no pretende simplemente un servicio social sino un espacio para instruir, recrearse y generar grupalidad, para ello hay espacios de trabajo, se promueve la realización de tareas en común y una asamblea semanal. Este modelo de trabajo propicia un funcionamiento donde los participantes tienen voz en las decisiones corriéndose del lugar de «meros beneficiarios» de las políticas públicas.

2. La casa de los sueños (eje cultural y sociolaboral)

En febrero de 2024 se inauguró, en convenio con el Mides, La casa de los sueños, una propuesta socio-cultural para personas en situación de calle. Este centro cultural cuenta con muchas propuestas y talleres, como ser: serigrafía y espacio editorial. Estos dos emprendimientos comunitarios concretaron muchas ferias y ventas a redes amigas, y participaron en la tienda social del proyecto laboral Sámaras. Además, consta de variadas propuestas como: candombe, espacio de palabras, ajedrez, yoga, espacio de actuación, radio y danza. Surgió también un grupo musical que ha sido contratado para cantar en diversos lugares. Asimismo, este centro cultural, ofrece ofertas culturales para personas que están en algún dispositivo del Mides, tanto del área de salud mental como de otras.

3. Moebius (eje cultura)

El dispositivo sociocomunitario Moebius trabaja articulando cultura y salud mental. Surge en abril del año 2024, como parte de una red de atención interinstitucional. Se enfoca en la circulación ciudadana y

el acceso a la cultura. El objetivo principal de Moebius es visibilizar a la población sobre la LSM. Actualmente han realizado y siguen planificando diversas acciones artísticas, culturales y recreativas para fomentar la inclusión de las personas que viven en situación de vulnerabilidad.

Este proyecto promueve la idea de que el acceso a la cultura, el arte y el uso del tiempo libre son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente en contextos de atención a la salud mental. Moebius trabaja en conjunto con instituciones como MIDES, Grameen y otras organizaciones de la sociedad civil, generando espacios de encuentro en el territorio que integran salud mental, cultura y comunidad (Municipio B de Montevideo, 2025).

El 17 de diciembre de 2024 Moebius inauguró su centro cultural ubicado en ciudad vieja y en conjunto con Sámaras dieron apertura a la Tienda Social Sámaras donde distintos emprendedores, que están vinculados a la red de la plataforma laboral, pueden vender sus productos. Por otro lado, Moebius promovió un plan de verano con propuestas diarias durante enero y febrero de 2025 con el objetivo de articular, producir y promover el acceso a experiencias culturales.

4. Centros 24 horas, casas de medio camino y casa comunitaria Vilardevoz (eje vivienda)

En el período anterior de gobierno hubo un cambio importante desde las políticas del Mides en el área de vivienda, implicó, como vimos en la tabla 1, el pasaje de refugios nocturnos a centros 24 horas —casas de medio camino, casas asistidas, un programa de vivienda con apoyo, centros especializados en patologías duales y una casa comunitaria—. En la tabla 1 se observan que hay diez casas de medio camino, tres viviendas con apoyo, tres centros diurnos, la casa comunitaria Vilardevoz, y la casa Lezica. Por otro lado, se encuentran los hogares asistidos con cuatrocientos cupos y el centro de acogida en salud mental comunitaria, que recibe mil consultas mensuales aproximadamente. En este apartado me centraré en la casa comunitaria de Vilardevoz, dado que es el único centro donde los usuarios participan en todas las decisiones que hacen a la vida en común. La casa comunitaria surge de un convenio realizado con el Mides el 13 de junio de 2023 como proyecto que busca dar una respuesta habitacional a diez personas que se encuentran en el cruce de locura y pobreza, son personas que se les ha dificultado sostener las dinámicas de otras propuestas del Mides, como los refugios nocturnos. El Mides apoya con el pago del alquiler, alimentos, y el pago de salarios al personal, como psicólogos/as, coordinadores y cocinero. La casa comunitaria «Es una solución habitacional de baja intensidad técnica, donde los participantes re-

suelven las dificultades cotidianas con apoyos que promueven la autonomía y la gestión colectiva» (Proyecto Habitacional, sociolaboral y artístico «Radio Vilardevoz, 2023, p. 1). La Casa Vilardevoz es relevante porque es la primera casa comunitaria autogestionada para usuarios en salud mental en nuestro país. Esta propuesta se enmarca en la nueva Ley de Salud Mental N° 19.529 promulgada el 25 de agosto del año 2017 y la Ordenanza N° 1488/2019, este tipo de casa está denominada como una *Vivienda supervisada* que se la define como: «Dispositivo social, ubicado en la comunidad para grupos pequeños de personas con trastornos mentales severos, con apoyo técnico no residente» (Ordenanza N.º 1488/2019, Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2019). Sin embargo, desde el Colectivo Vilardevoz se la denominó *Casa comunitaria autogestionada*. La gran diferencia de esta casa comunitaria con otros dispositivos habitacionales es el respaldo de todo un colectivo (Vilardevoz) que desarrolló un dispositivo alternativo de salud mental, siguiendo los principios de la psicóloga social y comunitaria. Además, no es un espacio que brinda un servicio, sino que se focaliza en promover, con el acompañamiento técnico, la autonomía y la gestión colectiva. La casa comunitaria se aleja de aquella idea de dispositivo disciplinario donde se moldea a las personas para que sean «normales» y convivan «felices».

La mayoría de los integrantes de la Casa Comunitaria antes de llegar, habitaron refugios nocturnos, centros de contingencia y algunos con internaciones en el hospital Vilardebó. Ninguno de ellos/as llegó a ser usuario de los centros nuevos que inauguró el Mides como plan piloto en 2024, transformando varios centros nocturnos en centros 24 horas, casa medio camino, etc. a excepción de una integrante del colectivo de Vilardevoz, que estuvo desde los comienzos en la Casa comunitaria y decidió mudarse a una casa que brinda los fondos habitacionales (proyecto habitacional del Mides detallado en la tabla 1). Para la organización de la casa se dispusieron reuniones semanales con todos los integrantes para hablar lo ocurrido en la semana, acordar (a veces votar) sobre algunas situaciones en particular y decidir sobre la dinámica y reglas de la casa. La coordinación en estas reuniones es importante ya que ayudan a que sean más ordenadas; se encargan de señalar actitudes y proponen acuerdos, actividades etc. Esto es lo novedoso de este dispositivo.

Para decidir quiénes serían los primeros integrantes, el equipo no siguió un criterio común en función del mejor funcionamiento de la Casa, sino que se eligieron perfiles, que además de ser integrantes del colectivo Vilardevoz, no habían podido sostener dispositivos como los refugios. Los criterios de inclusión y exclusión en la casa comunitaria son simplemente ser aceptado por el colectivo Vilardevoz, sin límite de tiempo para poder quedarse. Esto se diferencia de las casas de medio camino donde se prevé que la persona esté entre seis meses a dos años, o los refugios nocturnos que luego de un tiempo pueden pedir rotación a otro refugio. Existen además centros de salud mental que son sumamente excluyentes

con requisitos para poder ingresar.⁸ En una entrevista dada en la inauguración de la casa Baroni, psicóloga e integrante del Frente Antimanicomial y la Radio Vilardevoz, recalcó que en la casa comunitaria las lógicas y prácticas son mediadas y reguladas por los propios integrantes, pero con ayuda de los técnicos. Baroni señaló: «Ojalá el proyecto sirva para que el Mides pueda revisar sus lógicas y cambiar porque en los refugios comunes si alguien se pelea por algún objeto seguramente esa noche se queda en la calle» (Urgente 24, 2023). En la casa autogestionada se apuesta a la horizontalidad, cuando es posible, apelando al pensamiento-deseo de los integrantes, es decir, cuando hay alguna situación abrupta o de violencia se intenta pensar con ellos/as el problema y el abordaje. Tampoco se utiliza la lógica de castigo con los participantes, aunque muchas veces ellos mismos la quieran utilizar con sus compañeros/as por haber estado inmersos tanto tiempo en instituciones como el hospital Vilardebó y los refugios de Mides, entre otros.

5. Sámaras (eje sociolaboral)

Sámaras es un proyecto sociolaboral que surge en el marco del Departamento de Salud Mental de la Dirección Nacional de Protección Social del Mides en abril de año 2024 cogestionado por las organizaciones Vilardevoz y la cooperativa de trabajo Codof. El proyecto se enfoca en generar oportunidades para que las personas que se encuentren en procesos de atención en salud mental y/o uso problemático de drogas puedan acceder a propuestas de formación, empleo y diseñar sus propias trayectorias laborales como establece la LSM que se posiciona desde la perspectiva de derechos humanos y del paradigma comunitario de salud mental destacando la calidad de sujetos de derecho de las personas con padecimientos mentales y la responsabilidad del Estado y las comunidades de garantizar el ejercicio pleno de sus derechos y su integración sociocomunitaria de las personas para alcanzar su bienestar socioemocional. El proyecto presentó varios desafíos dado que es una política pública nueva y se debió construir en la práctica a medida que se acompañaba cada proceso, tanto colectivo como individual. Desde Sámaras se sostiene que los emprendedores tienen derecho a poder vender lo que producen. Se orienta a que los compradores elijan los productos por calidad y no por caridad. En Sámaras se realizan talleres sociolaborales y se creó una plataforma web para la difusión y venta de los productos. Se llevó a cabo también una mesa de conversación sociolaboral con diversos actores de la salud, trabajo y Udelar. En el proyecto

⁸ Por ejemplo, un centro diurno de salud mental de tratamiento de conductas suicidas (servicio de ASSE) especifica criterios de exclusión, entre ellos encontramos: trastorno de la personalidad antisocial, conductas hetero-agresivas irreductibles, personas privadas de libertad, dependencia a sustancias en consumo activo y retraso mental grave. Entonces, quien realmente puede acceder a este servicio, *¿debe ser una persona saludable con conductas suicidas?*

se trabaja tanto individual como colectivamente fortaleciendo diversos emprendimientos en distintos centros de salud mental y/o UPD. Este proyecto tiene una capacidad de atención de setenta personas. Estas personas son derivadas desde los centros con los que se mantiene comunicación y coordinación. El equipo de trabajo de Sámaras es interdisciplinario: cuenta con tres operadores/as laborales, un articulador laboral, una coordinadora y una gestora en Comunicación y Marketing. Se cuenta con el apoyo económico para provisión de recursos materiales para respaldar la inserción laboral, como también para insumos, herramientas, maquinarias y cursos para apoyar emprendimientos y cooperativas.

Las modalidades de inserción laboral son:

1. Creación de monotributos unipersonales para personas con habilidades específicas para que puedan trabajar de manera autónoma o con poco acompañamiento.
2. Coordinación con cooperativas ya existentes y se capacita según la necesidad del mercado y los participantes. Por ejemplo: Intergracoop, cooperativa de liberados del sistema penitenciario formada en convenio entre la Dirección Nacional del Liberado (Dinali) y el Instituto Nacional del Cooperativismo (Inacoop).
3. Emprendimientos colectivos, por ejemplo, la creación de una huerta con el Centro Munar (centro especializado en patología dual), la second hand y La Katering en La nave de les loques.

Mi rol en este proyecto es el de operadora, como tal, recibo, junto a los demás operadores que conforman el equipo de trabajo, las derivaciones de personas con algún padecimiento mental y/o problemas de consumo. Al ser un proyecto nuevo lograr una concepción común respecto a qué es el trabajo, qué es salud mental, establecer límites y estrategias de trabajo, ha representado un desafío. Por otro lado, la población atendida es muy heterogénea, y por tanto es una característica a tener en cuenta al pensar las estrategias para acompañar sus procesos. Respecto a la población derivada y atendida, puedo destacar tres tipos de población: las personas que se encuentran en situación de calle y se pernoctan en refugios nocturnos del Mides, los que están en centros de medio camino 24 horas desde hace algunos meses, y por último los que pueden acceder a los bonos habitacionales. A los primeros el acompañamiento que se le puede brindar a la persona en el área laboral es muy limitado; en los segundos, es más admisible, porque al encontrarse en centros de 24 horas cuentan con un acompañamiento más sólido; y, por último, los de los bonos, son los que cuentan con más autonomía y no necesitan tanto acompañamiento. Además de estas tres categorías se abre un abanico respecto a la personalidad de cada persona y su historia de vida. Esto ha conllevado la generación de nuevas formas de crear grupalidades o emprendimientos colectivos.

Una mirada intersectorial de la salud mental

En Uruguay, la implementación de la LSM se va materializando en la creación de dispositivos alternativos a la lógica manicomial. Todos los nuevos dispositivos habitacionales están vinculados a proyectos como Sámara y Moebius en un intento de generar una red de dispositivos partiendo de la base que la coordinación y cooperación es necesaria para un abordaje integral de las personas con diversas problemáticas en salud mental y con problemáticas sociales. Como plantea Viñar: «Se requiere “comunidad”, en tanto “tramas comunitarias”, vínculos de cercanía y de cooperación autorregulada para resolver necesidades materiales, afectivas y simbólicas» (Gutiérrez, 2020 en Viñar 2023, p.65). Sin embargo ¿Cuál es la mejor manera de generar una sinergia entre el Estado y las tramas comunitarias? En este cruce emergen muchos desafíos: en la implementación de la LSM y el surgimiento de nuevos dispositivos que ésta propone es necesario dialogar, pero ¿quiénes lo hacen?, ¿solo los profesionales de la salud? (Viñar, 2023) plantea que

Resulta necesario pensar, en el caso de la salud mental, cómo el proceso de hacer común lo público en las prácticas de cuidado y sostén de la vida aporta a la construcción de modos alternativos, a la desmanicomialización y el “buen vivir” a contracorriente de las lógicas del capitalismo [...] resulta pertinente profundizar en la comunalización de lo público en tanto hibridación, en tanto un “entre”, allí donde la agencia de los colectivos y las políticas públicas se tocan y éstas se transforman, haciendo sinergia con los objetivos de los colectivos y convirtiéndose en parte de sus estrategias (p.65).

Este trabajo en red, comunitario e intersectorial inaugura un nuevo camino a partir de la aprobación de la LSM y que se materializa en algunas de las acciones que hemos mostrado. Son los proyectos y dispositivos mencionados recientemente los que dan cuenta de este nuevo paradigma de abordaje a la salud mental. En este sentido, cada proyecto, en coordinación con los demás, da respuesta a determinada área de la vida de la persona y de las problemáticas sociales evitando la fragmentación y que las personas queden a la deriva y sin respuesta.

Chamberlin (1973/2023), referente del movimiento de supervivientes de la psiquiatría, diferencia entre modelos alternativos reales y falsos. Expresa que quienes decidan abrir un servicio alternativo deben cuestionarse en qué forma es alternativo, a quienes les serviría, quiénes participarán de la planificación del servicio, cómo se tomarán las decisiones, etc. Chamberlin (1973/2023) describe tres modelos de atención que se reconocen como servicios alternativos:

- El modelo de colaboración, profesionales y no profesionales trabajan juntos, pero la diferencia de roles entre quienes brindan el servicio y quienes la reciben está muy diferenciada. Para la autora este modelo es alternativo solo por cómo se define y no por cómo funciona.
- El modelo solidario, cuyo funcionamiento se basa en la ayuda mutua y la autogestión entre pares, donde todas las personas pueden utilizar el servicio y tanto los pacientes como los expacientes brindan ayuda. En este modelo los profesionales están excluidos, pero no implica una ruptura con el sistema de salud mental.
- El modelo de separación implica estructuras completamente autónomas, se excluye a todos los no pacientes y profesionales por tener actitudes cuerdistas. Los expacientes se brindan apoyo y administran el servicio (Chamberlin, 1973/2023).

La autora continúa explicando que:

Esta mirada [...] muestra que el papel que juegan los expacientes es crucial. Cuando se los excluye de cualquier papel significativo en la planificación del servicio, la alternativa es puramente nominal [...] los modelos solidarios y de separación, han sido diseñados por expacientes que no son meros receptores pasivos de un servicio, sino que participan activamente en su funcionamiento. (Chamberlin, 1973/2023, p. 134).

Estas categorías que presenta esta autora, aunque fueron redactadas en 1973, nos permite seguir pensando y evaluando los modelos que existen en la actualidad, y las instancias que tienen las personas con padecimiento mental para participar en la planificación y gestión de las políticas públicas. Según la autora los servicios alternativos reales son los que tienen un modelo de separación, aunque son los menos. En este sentido, se podría situar la propuesta del colectivo Vilardevoz en un entrecruce el modelo de colaboración y del solidario. Esto podemos afirmarlo por la historia de este colectivo y cómo fue resolviendo la tensión de la relación técnico-paciente así como qué y quiénes se hacen cargo de las tareas y acciones que implican llevar adelante lo que se proponen.

Vale aclarar que, para ejecutar el primer convenio con el Estado, el colectivo definió presentar una propuesta donde la mitad de los contratados fuera del equipo técnico de Vilardevoz y la otra mitad de participantes del colectivo, porque se entiende que si Vilardevoz apunta a generar un nuevo lugar para la locura no puede reproducir a su interna prácticas de exclusión y sometimiento a *los que saben*. Por eso se dijo en un principio que, si no contrataban a todos, contratar solo a personas «profesionales» era una forma de seguir reproduciendo el modelo biomédico. El colectivo Vilardevoz, como pionero e impulsor del paradigma participativo, potencia el proceso de construcción de nuevas formas de socialización no

jerárquicas, donde nos vamos apropiando del espacio, otorgándole nuevos significados más allá del uso institucional. Por otro lado, la apertura a la locura permite también procesos de resignificación y reterritorialización donde el territorio no es impuesto desde arriba (como en dispositivos tradicionales), sino que emerge desde vivencias colectivas.

Siguiendo esta línea, en el último libro que publicó el colectivo Vilardevoz *Una trayectoria colectiva*, Baroni et al (2024) afirman que trabajar desde un modelo participativo les ha permitido a los integrantes de Vilardevoz construir y valorar junto al equipo técnico los espacios de trabajo, así como los objetivos que quieren alcanzar. Esta cultura de participación y compromiso permite desarrollar diversos dispositivos de comunicación, participación, formación, intervención y autogestión, así como una forma de trabajo desde lo que el equipo técnico denomina «clínica del acontecimiento». «De esa manera, este modelo de trabajo permite, a partir de ver los resultados del mismo (altos niveles de participación y adhesión, reducción de internaciones, cambio subjetivo en torno a la propia percepción en relación a “ser paciente psiquiátrico” o “persona en situación de calle”, entre otros), desarrollar diversas propuestas que permiten concretar pequeñas acciones que redundan en mejorar las condiciones de vida y las estrategias de sobrevivencia de sus participantes» (Baroni et al., 2024, p. 29).

De este modo, la participación de las personas con padecimiento mental es probablemente lo más relevante a tener en cuenta. Para Vilardevoz ese ha sido un desafío constante, sobre todo que la participación sea «real». Por dicha razón encontramos en el colectivo espacios horizontales de discusión, diseño y planificación potenciando así procesos colectivos y «sujetos comunidad»⁹ (Del Cueto, 2014). En este colectivo, a través del desafío de hacer y llevar adelante una radio comunitaria, los sujetos tienen un rol activo, comunican y son escuchados, habilitando que las personas se apropien de su propia narrativa de vida y compartan sus deseos, sueños, frustraciones, convicciones, tristezas, desacuerdos, etc. Vemos entonces que «las nociones de comunicación y participación aparecen indisociables y transversales a una de las conceptualizaciones más fuertes y reiteradas que el equipo técnico ha generado, y es la relación paciente-participante» (Correa, Rodríguez, Celiberti, Itza y Tábarez, 2015, p. 122).

⁹ «En nuestro encuentro con el sujeto comunidad, no buscaremos estructuras totalizadoras sino parcialidades, analizaremos acontecimientos singulares y nos interrogamos sobre el porqué de dichos acontecimientos y con qué sucesos se relacionan; cuáles son los juegos de poder imperantes, los discursos y las prácticas; cuáles son las formas de organización de sus deseos» (Ana María del Cueto, 2014, p. 79).

Tanto la participación como las decisiones colectivas, confrontan el modelo imperante social, médico e higienista, por excelencia individualista. Así, entendemos como prioritario la apropiación de estos espacios por parte del equipo de trabajo y de los mismos participantes. De esta forma se discutió si abrir el espacio a la circulación de otras personas, pero se decidió respetar la adaptación y el proceso de los participantes en el espacio. Por ejemplo, algunas personas no participan de ningún taller, emprendimiento o reuniones, pero habitan el espacio a su modo. Por otro lado, el habitar comunitariamente y convivir en varios espacios genera conflictos, propios de las subjetividades e historias de cada uno/a. En este sentido, compartir espacios creativos, organizarse, tomar decisiones y dividir tareas ha generado una apropiación del espacio y una disminución de las tensiones, conflictos y frustraciones que emergen. De este modo, las tareas permiten desarrollar la capacidad de asumir diferentes roles en las tareas a realizar. Esto se observó, por ejemplo, en la organización de los Pintó, donde cada uno debía realizar una tarea determinada, como así también los/as coordinadores/as del espacio. S. Elvira (2021) explica que «las actividades culturales, deportivas y laborales son herramientas que permiten explorar el mundo interior de la persona que tiene un padecimiento mental de manera no amenazadora para sí misma, y al mismo tiempo facilita crear lazos sociales con el entorno» (Elvira, 2021, p. 81).

Siguiendo en esta línea me cuestiono ¿Qué subjetividades se construyen en espacios como la nave? Pál Pelbart (2021), retomando las ideas de potencia y afecto de Spinoza, explica que el individuo se podría definir por su grado de potencia. En esta potencia se encuentra el poder de afectar y ser afectado por otro. Pero es imposible conocer a priori de qué potencia somos capaces ya que es algo que se va revelando a lo largo de la vida. Hay encuentros que nos potencian y otros que no, es nuestra tarea poder criticar y repensar los encuentros que nos debilitan. Por ejemplo, en el hospital psiquiátrico las pasiones tristes son las dominantes, ya que son primordiales para la relación de poder que existe y la producción de subjetividad que produce. Ejemplo de ello es la producción de Marisa Wagner¹⁰, quien compartió los poemas que realizó estando internada en un hospital psiquiátrico:

Con los días contados:

Hace 731 días / Que no hago el amor, /Que no como papas fritas, / Que no voy al cine, /
Que no me tomo/ una cerveza, / Que no veo a mis amigos, / Hace 731 días de todo / O

¹⁰ «Poeta, escritora y loca. Se desempeña como docente en la Escuela de Psicología Social que conduce Alfredo Moffatt y forma parte del Frente de Artistas Externados del Borda. Pasó parte de su vida internada en distintas instituciones psiquiátricas y ha vertido esa experiencia en su literatura» (Pécora, 2009, p.1).

casi todo.../ Hoy hace dos años / que llegué al hospicio. / Feliz cumpleaños! / Voy a brindar/Tomándome las pastillas/de un solo trago (Wagner, M. 2007, p.26).

Consejos para visitantes:

Si Ud. hace caso omiso/De nuestra sonrisa desdentada, / De las contracturas, / De las babas, / Encontrará, le juro, un ser humano. / Si mira más profundo todavía, / Verá una historia interrumpida, / Que hasta por ahí, es parecida... / Si no puede avanzar, / si acaso le dan náuseas o mareos... / no se vaya... / antes, por lo menos, / deje los cigarrillos (Wagner, M. 2007, p.24).

Con estos poemas podemos constatar en primera persona lo que produce estar en una institución psiquiátrica, la potencia triste quita toda alegría, creatividad, singularidad y acción, se obstaculiza a los individuos en su devenir y se convierten en sujetos sumamente pasivos. Así también, en nuestra vida cotidiana, o en la radio, se pueden desarrollar estas pasiones tristes como consecuencia de actitudes que surgen en los participantes, por ejemplo: chistes innecesarios, celos, envidia, proyecciones etc., pero lo importante es poder trabajarlas y que no sean las que prevalezcan en el encuentro. Estas características se pueden asimilar al sufrimiento, inherente al ser humano; negarlo o patologizar es un problema, así como con las pasiones tristes. Spinoza en Pál Pelbart (2021) sostiene que las pasiones no son un problema y no tienen un carácter bueno o malo, sino que son inherentes a los encuentros. Por otro lado, nombra las pasiones alegres que permitirían transformar la pasividad del sujeto en acción, ir un poco más allá. Esto no equivale a decir que es necesario dejar las pasiones a un lado sino a ejercerlas para generar movilizaciones.

En un sentido esquizoanalítico los encuentros no se dan entre las personas o participantes y psicólogos/as, en este caso, sino entre pensamientos, afectos, sonidos, climas, intensidades, etc. Son encuentros deseantes, máquinas deseantes, cuerpo sin órgano (Perdomo, 2002). De este modo, la radio y la nave como dispositivo produce nuevas subjetividades, dicho autor, siguiendo las ideas guatterianas, dice al respecto: «Más allá de moldear o ´neurotizar´ a los psicóticos, se trata de generar nuevas producciones de subjetividad. De que, sea lo que sea que hagamos, el norte sea ese. Y para ello es inevitable que se dé lugar a todos los aspectos diversos de las experiencias subjetivas. Incluso las más locas e incómodas» (Perdomo, 2022, p. 19).

Asimismo, estas subjetividades se construyen y transforman en el encuentro con el/la otro/a, en este sentido, el colectivo Vilardevoz permite generar, al decir de Pál Pelbart (2021), un «cuerpo múltiple» a raíz del encuentro con los demás; «un colectivo sería eso, un cuerpo múltiple, compuesto de varios individuos, con sus relaciones específicas de lentitud y diligencia. Un colectivo podría pensarse como esa

variación continua entre sus elementos heterogéneos, como afectación recíproca entre potencias singulares, en una cierta composición de lentitud y diligencia» (Pál Pelbart, 2021, párr. 4). Yo soy yo, pero también soy los que me rodean, sin olvidar que las intervenciones con otras personas pueden generar distintas emociones: miedo, incertidumbre, etc., como expresa Del Cueto (2014): «Somos extranjeros sobre aquello que intervenimos. Sentimos, deseamos, amamos e intentamos pensar que así se desea, así se ama, así se piensa el futuro. Naturalizamos nuestra verdad» (Del Cueto, 2014, p. 31).

Por su parte, la nave ha propiciado un espacio de territorialización para muchos participantes, estableciendo nuevas conexiones y estructuras diferentes a los lugares que han habitado antes. Este proceso no ha sido lineal, sino que ocurre simultáneamente con otros procesos de una manera dinámica, en un devenir constante de habitar y construir nuevas formas de ser y estar con uno y con los demás. Las nociones de territorialización y desterritorialización fueron acuñadas por Deleuze y Guattari en *Mil Mesetas* (2006), a través de una analogía:

La orquídea se desterritorializa al formar una imagen, un calco de avispa; pero la avispa se reterritorializa en esa imagen. No obstante, también la avispa se desterritorializa, deviene una pieza del aparato de reproducción de la orquídea al transportar el polen. La avispa y la orquídea hacen rizoma, en tanto que heterogéneos. Diríase que la orquídea imita a la avispa cuya imagen reproduce de forma significativa [...] Al mismo tiempo se trata de algo totalmente distinto [...] verdadero devenir, devenir avispa de la orquídea, devenir orquídea de la avispa, asegurando cada uno de esos devenires la desterritorialización de uno de los términos y la reterritorialización del otro, encadenándose y alternándose ambos según una circulación de intensidades que impulsa la desterritorialización cada vez más lejos. No hay imitación ni semejanza, sino surgimiento, a partir de dos series heterogéneas, de una línea de fuga compuesta de un rizoma común que ya no puede ser atribuido ni sometido a significante alguno (Deleuze y Guattari, 2006, pp. 18-19).

Así, se mueven de manera rizomática, se influyen de manera no jerárquica y surge un nuevo código, nada se convierte en nada, sino que devienen. La nave constituye un territorio en constante devenir. En la reterritorialización se generan nuevos territorios donde poder pertenecer a algo nuevo. En este sentido la dimensión sociolaboral también juega un papel relevante en este proceso, como lo evidencia el proyecto sociolaboral Sámaras. Si bien en la nave ya existía un espacio una vez por semana para emprendimientos, este proyecto vino a potenciar lo que se viene construyendo. Este proyecto socio laboral como mencione anteriormente, se enfoca en la inserción laboral de personas con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias psicoactivas. Desde Sámaras, la inserción laboral se pudo generar por

medio de emprendimientos individuales o colectivos. En cuanto al empleo formal, si bien el proyecto no cuenta con cupos para empresas, se pudo contratar dos personas para que trabajen en la tienda social del espacio como vendedores. Sámaras se encuentra estrechamente vinculado a La nave de los loques y la Casa de los sueños, potenciando los diversos emprendimientos que han surgido.

Al respecto, Cardozo (2018) plantea que hay dos tipos de inserción laboral: el empleo formal, donde existen «cuotas» de trabajo en empresas para usuarios de salud mental, y por otro lado la creación de cooperativas, asociaciones o emprendimientos. Sin embargo, sostiene la autora que «La generación de emprendimientos sociolaborales como estrategia de inclusión socioeconómica de esta población surge al identificar que la estrategia de inclusión a un empleo formal era para un grupo reducido y no garantiza la inserción laboral a toda esta población». p. 41). Por su parte, Andrade — licenciada en Psicología en Brasil, quien investigó el encuentro entre la locura y el trabajo dentro del marco de la economía solidaria— plantea que «tanto la psiquiatría de sector como las modalidades de la psicoterapia institucional mantienen el trabajo en su función terapéutica, aunque no más disciplinadora, pero aún marcada como elemento estructurante de las prácticas clínicas de cuidado» (citado en Cardozo, 2018, p. 50, traducción propia de Cardozo). Cardozo realizó un estudio en 2018 sobre emprendimientos y desmanicomialización, donde identifica que no existe una política pública laboral que contemple a las personas con padecimiento mental, la carencia de dispositivos de inclusión sociolaboral y la escasa evaluación de experiencias de emprendimientos productivos. Y sostiene «la necesaria creación de políticas públicas intersectoriales vinculadas a la articulación trabajo-locura, pero no desde políticas focalizadas, sino que promuevan la integración social a partir de propuestas que integren distintos actores sociales» (Cardozo, 2018, p. 198).

Por otro lado, enfrentamos también el problema del asistencialismo, sin seguimiento real del proceso de la persona o colectivo, generando frustración tanto en los trabajadores/as del equipo como en las personas con las que trabajamos. En este sentido, crear espacios con participación activa de los integrantes, especialmente en sus procesos de vida, generando conciencia y problematizando sobre sus acciones, individuales y grupales, es sumamente relevante. Siguiendo la línea de Cardozo (2018) dice al respecto de la atención en salud mental que «la creación de emprendimientos productivos colectivos ha sido una estrategia central en los procesos de reforma psiquiátrica de otros países, principalmente Italia y Brasil, procesos que han tenido como preocupación la ruptura con la lógica manicomial y donde el trabajo colectivo se constituye como medio en la construcción de otros lugares sociales para la locura y la vida digna» (Cardozo, 2018, p. 76). El proyecto Sámaras nos ubica en un nuevo escenario de sustitución de dispositivos manicomiales y excluyentes por un espacio de inserción, potenciando emprendimientos sociolaborales, que es parte de una red de salud mental que desde el Mides se intenta fortalecer a partir de

la LSM. El enfoque de Sámaras pretende ser integral e intersectorial, teniendo en cuenta que las personas se encuentran atravesadas interseccionalmente por varias áreas que dependen unas de otras, a saber: salud, trabajo, cultura, vivienda, sin reducir a la persona a su «locura» o a su «consumo».

Siguiendo esta línea, acompañé como operadora un emprendimiento colectivo de huerta en un centro de patología dual. Si bien ya existía un espacio de huerta del dispositivo anterior, que funcionaba como centro nocturno, el equipo junto a los participantes visualizó varias fortalezas al recuperar este espacio: la importancia del cuidado y la apropiación del espacio, y el hecho de generar actividades concretas, que se asuman como mínimas responsabilidades. En un principio se compró madera y se construyó un pequeño invernadero. Al llegar al centro donde se ejecutó la huerta, llamábamos a los integrantes, en conjunto con el equipo de trabajo del lugar para tomar las decisiones del día respecto a la huerta y generar grupalidad. En varias ocasiones la participación era baja, ya sea por el frío, porque habían tomado mucha medicación y no se levantaban o simplemente porque no querían. Los que no querían hacer una tarea de fuerza, buscaban otras tareas, como pintar carteles para las plantas. Luego planteé la posibilidad de que fuera un tallerista de huerta para darle un encuadre diferente y potenciar sus ganas de aprender. La asistencia a los talleres fue muy variada, en los primeros encuentros participaron personas de otros centros, como por ejemplo Vilardevoz y una casa de medio camino. Observé que las personas de Vilardevoz se pudieron integrar rápidamente con los demás, con mucha autonomía e iniciativa, mientras que las personas de la casa de medio camino permanecieron sentados de una manera muy pasiva con la educadora que los acompañaba. Me parece importante resaltar distintos comportamientos porque demuestra de qué manera los participantes de Vilardevoz habitan los espacios y construyen con los demás. Finalmente, la huerta creció enormemente y, si bien no llegaron a producir para vender, lograron producir para un consumo familiar dentro del centro. Actualmente han surgido ideas, pensando en la forma de mercantilizar el trabajo: vendiendo plantines de suculentas o realizando un curso de producción de hongos comestibles para vender en la tienda social Sámaras.

Asimismo, los procesos individuales de las personas atendidas han sido muy diversos, la mayoría no se puede medir o contabilizar porque el objetivo, en gran parte de estos acompañamientos, no era que consiguiera un trabajo formal, sino que la persona pudiera pensar sobre su trayectoria de vida y laboral, conectando con sus deseos, sus proyectos y empezará un proceso en este sentido. Por lo tanto, estamos hablando de un proceso lento y dinámico que no arroja los resultados que el Estado exige para seguir financiando proyectos como este. Un ejemplo de ello es el de una persona a la que acompañamos para que concretara su emprendimiento y tener un punto de venta, sin embargo, no pudo continuar el proceso. Este abandono en el proceso depende de muchos factores, por ejemplo, el sufrimiento y la frustración

por el lugar de exclusión y estigmatización que ocupa en el mundo, que muchas veces es insostenible. Es en estos casos, cuando hay un quiebre, el proceso se pone en «pausa», la persona continúa con seguimiento del centro del que fue derivada y cuenta con la posibilidad de volver al proyecto. En otros casos, se ha logrado una reinserción laboral, pero luego han recaído en el consumo problemático de sustancias; en estos casos también se trabaja en conjunto con su centro de referencia, llegando a acuerdos con la persona y estableciendo límites, pero también entendiendo y problematizando por qué vuelve a repetir patrones de consumo.

En este sentido, el trabajo en equipo y coordinación con los centros de referencia de las personas derivadas es fundamental e implica un obstáculo cuando dichos equipos, por diferentes razones, no pueden acompañar el proceso. Cuando esto ocurre el trabajo en red no funciona y repercute en los procesos individuales y grupales de las personas atendidas. Las causas de estos estancamientos son varias y provienen, por ejemplo, de la precarización de los trabajadores/as de los refugios nocturnos, particularmente en 2024, o la falta de personas que cuenten con un rol específico en el área sociolaboral.

En este sentido, es deber del Estado asegurar el trabajo digno y cuidado de las personas que se encuentran en estos espacios de vulnerabilidad y vulneración de personas con distintos padecimientos. Así también debe asegurar una vida digna en general, que contempla también el problema habitacional. La solución habitacional, problema que afecta a gran parte de la sociedad uruguaya, pero particularmente a aquellos que por distintas causas y factores han sido excluidos de la sociedad. La mayoría de los refugios, centros y hospitales continúan manteniendo una lógica de atención de vigilancia y reglas estructuradas. En este sentido, el Estado ha respondido a la población en situación de calle, con problemas de consumo o padecimiento de salud mental, con refugios nocturnos, con esta nueva política pública que intenta integrar los lineamientos de la LSM. En una primera instancia, como un plan piloto, se modificaron muchos refugios nocturnos por casas de medio camino -atención de 24 horas-. Sin embargo, en muchos de estos centros fue notorio que los integrantes de las casas en su mayoría no tenían voz ni voto en la toma de decisiones más relevantes del funcionamiento. Podemos observar un abordaje diferente en la casa comunitaria de Vilardevoz que parte de una perspectiva intersectorial, comunitaria y colectiva; perspectiva necesaria en el proceso de desmanicomialización que implica generar múltiples conexiones entre el sujeto y el colectivo. Se puede entender, al decir de Lewin (1988) como un grupo con un liderazgo democrático que genera un impacto potencial en la calidad de vida, la autonomía y la salud mental de los usuarios. Esta es la diferencia principal con otros dispositivos. Problematicamos con los integrantes de la casa las lógicas imperantes y los movimientos necesarios, aunque sean mínimos, para transformar la manera en que nos relacionamos con el/la otro/a y con el mundo que nos rodea.

Conclusiones

«Delirios salen de las creencias que trazan normalidades para la vida en común.

Delirios se presentan como desvaríos mal emplazados, en medio de urgencias, de soledades detonadas.

Delirios sufren cuando se los quiere hacer entrar en razones establecidas.

Delirios conjugan percepciones negadas y desmentidas por sentidos mayoritarios.

Demasiás escuchan voces silenciadas de lo viviente»

(Percia, 2017, p.18)

Como demostré en este trabajo, en la práctica aún se presentan grandes obstáculos para generar instancias de participación de las personas con padecimiento mental en los dispositivos de salud mental. Ya se ha demostrado lo que se creía imposible hace unos años, desde el 2022 el proceso de desmanicomialización se encuentra en su auge, teniendo al Mides como ente rector en el proceso de implementación de LSM.

Mónica Cuschnir en su libro *Después de los manicomios: clínicas insurgentes* (2018), reflexiona acerca de la vida después del manicomio, y dice: «Abrir las puertas de los manicomios para acabar con el encierro, sin que se establezca un sistema de atención adecuado y una articulación del campo de la salud con otras instancias socio-político culturales, resultaría un abandono y caos tan perjudicial como el encierro mismo» (Cuschnir, 2018, p. 147). Por esto, es relevante el fortalecimiento de la política pública en el área de salud mental, para evitar que las personas sigan desamparadas. Desde el colectivo Vilardevoz se ha insistido en que no se puede diseñar políticas públicas dejando de lado la voz y experiencia de las personas beneficiarias. Fue un logro que en la LSM se haya integrado a representantes de los usuarios, familiares y organizaciones sociales a espacios como la Intersectorial, la comisión asesora, y la comisión de contralor y en los espacios de asesoramiento y puesta en marcha de algunos dispositivos. Esto es fundamental para avanzar en el cambio de modelo.

En este sentido nos cuestionamos: ¿qué clase de autonomía estamos potenciando?, ¿el objetivo es incluirse en el mismo sistema que los excluyó o nunca los incluyó?, ¿que asimilen su vida cotidiana a los de las personas «normales»? ¿que dejen a un lado la lógica de calle y manicomial? Retomando la noción de participación, y pensando en los desafíos que puedan surgir en espacios donde se apuntala a una participación activa, responsable, horizontal, Viñar recuerda:

«que exista [una] ley [que] establezca ciertos dispositivos no significa que haya una revisión de las relaciones de poder en la toma de decisiones y esto es parte del problema de la idea de participación, o una de las discusiones que trae aparejado el concepto, que

tiene que ver con los “niveles” o escalones de las “escaleras”, no siendo en todos que se apuesta a la horizontalidad, como sí es la tendencia en la idea de producción de lo común» (Viñar, comunicación personal, junio de 2024).

Teniendo en cuenta el cambio de gobierno del 1° de marzo del corriente año y su área programática en la que hace referencia a la LSM, cabe esperar una mayor influencia y compromiso en el fortalecimiento de las políticas públicas ya implementadas en dicha área; ya sea a la hora de definir el presupuesto destinado para el cumplimiento de la ley, como la presencia en territorio de los distintos asesores de los organismos pertinentes. Podemos esperar una voluntad institucional para continuar y mejorar lo empezado por la anterior gestión durante el 2023 y 2024.

Tal como se puede leer en el presente trabajo, la creación de los distintos centros alternativos (Tabla 1) y de políticas públicas se puede entender como un plan piloto que necesita revisarse para ser implementado, abarcando las distintas áreas que todavía no han sido tenidas en cuenta.

Vilardevoz es solo una muestra de que es posible responder a la problemática social de la salud mental y cambiar la perspectiva cultural que de ella se tiene. Sin embargo, no es posible avanzar sin presupuesto y sin formación de recursos específicos; es necesario que los/as funcionarios/as y trabajadores/as compartan una visión en común para luchar juntos por esa causa. Ante la falta de gestión de recursos destinados al área de salud mental comunitaria, urge la necesidad del fortalecimiento y avance de la intersectorialidad acompañando los movimientos sociales ya que, tal como ha demostrado la historia, siempre están por delante de las políticas públicas aprobadas.

Teniendo en cuenta la experiencia analizada en otros países, es relevante retomar la problemática de la «puerta giratoria» y recordar el abandono que las personas viven día a día debido a la falta del trabajo articulado de las instituciones estatales. De tal modo es pertinente cuestionarse: ¿qué lugar ocupan las personas con padecimiento mental en la producción de la subjetividad ante los dispositivos alternativos que gestiona el Estado? La importancia de problematizar la agenda pública debería ser responsabilidad de toda sociedad, exigiendo al Estado su inclusión y relevancia de atención. Si bien no es deseable que los recursos dependan enteramente de este hecho, lastimosamente así funciona. No obstante, estos obstáculos, el colectivo Vilardevoz ha permitido generar otros espacios alternativos de atención en salud mental comunitaria como son la casa comunitaria Vilardevoz y el espacio cultural La nave de les loques, que constituyen la materialización de una lucha colectiva.

Además, es impostergable que en la Facultad de Psicología del Uruguay se dialogue más respecto a la LSM. Generalmente, cuando se les plantea a estudiantes o ciudadanos que uno de los cometidos de la ley es el cierre del Hospital Vilardebó, preguntan con cierta preocupación a dónde van a ir las personas

internadas, de modo que es notorio lo que plantea Basaglia respecto a la amenaza percibida por gran parte de la sociedad de que el cierre implica llevar la locura a la calle, percibiendo como un escenario caótico y de miedo. El afuera y el adentro respecto al manicomio es difuso. Es evidente que vivimos en un mundo que está medicalizado, donde los psiquiatras y médicos encuentran en el uso diario de psicofármacos una primera acción frente a una demanda de sufrimiento, y es notorio el incremento de diagnósticos de depresión y ansiedad.

A raíz de esto, y para potenciar el trabajo en red apañando las ausencias del Estado y concluir con el cierre inminente del Hospital Vilardebó, uno de los desafíos que tenemos por delante es generar más alianzas y conexiones con redes existentes —cooperativas, espacios culturales, proyectos colectivos de la economía social y solidaria de salud mental— y también con otros países como Argentina y Brasil que ya vienen realizando un recorrido de lucha antimanicomial. Para ello también es necesario financiación para la formación permanente de los trabajadores/as del campo de la salud mental que la mayoría de las veces, queda en manos de las iniciativas personales y las posibilidades económicas para poder acceder. Como sociedad y futuros profesionales no podemos tolerar ningún retroceso. Ya se lograron los primeros avances en la atención haciendo hincapié en el ámbito comunitario. La concepción de salud mental está cambiando, pero el manicomio sigue existiendo y hay que hacernos cargo del sufrimiento que sigue causando día a día.

Anexos

Tabla 1

Modalidad de centro	Perfil de población	Nombre de centro	Cantidad de personas	Horario de atención
Centro Diurno	UPD (policonsumo)	Sin nombre	15 personas	Lunes a Viernes 9:00 a 17:00
Centro Diurno	UPD de alcohol	Sin nombre	15 personas	Lunes a Viernes 9:00 a 17:00
Diurno	UPD en situación de vulnerabilidad social	Aleros	70 personas	Lunes, Martes y Jueves 12:00 a 17:00. Miércoles y Viernes con agenda previa.
Casa de Medio Camino	Personas que están realizando procesos terapéuticos por UPD	Casa Goes	25 personas	Respuesta 24 horas
		Casa Arroyo Seco	25 personas	Respuesta 24 horas
		Casa Rincón	25 personas	Respuesta 24 horas
		Casa La Fuente	25 personas	Respuesta 24 horas
Casa autogestionada	Personas egresadas de las casas de Medio Camino Buceo	Casa Lezica	5 personas	Respuesta 24 horas
Vivienda con Apoyo	Personas que presentan TMS	Vivienda Colectiva Florida	20 personas	Respuesta 24 horas
Casa autogestionada	Personas que presentan padecimiento mental y altos niveles de exclusión	Casa autogestionada Vilardevoz	10 personas	Respuesta 24 horas
Vivienda con Apoyo	Personas con problemas de salud mental que presentan altos niveles de autonomía	Vivienda con apoyo	25 personas	Respuesta 24 horas
Vivienda con Apoyo	Para personas con problemas de salud mental y UPD	Bonos habitacionales	50 personas	Respuesta 24 horas
Centro especializado en Patología Dual	Personas en situación de calle que presentan problemas de salud mental y/o UPD	Munar	20 personas	Respuesta 24 horas
		Comodoro	20 personas	
Casa de Medio Camino	Personas con problemas de salud mental y exclusión grave	Casa Centro Dies	20 personas	Respuesta 24 horas
		Sur Palermo	20 personas	Respuesta 24 horas
		Los Olivos	20 personas	Respuesta 24 horas
		Blanes	20 personas	Respuesta 24 horas
Centro de Acogida en salud mental comunitaria	Personas con problemáticas de salud mental, que no circulan por las redes sociosanitarias existentes y están gravemente excluidos	Centro de Acogida en salud mental comunitaria	1000 consultas mensuales	Respuesta 24 horas
Hogares Asistidos	Personas en situación de calle que presentan UPD de alto riesgo	Hogares asistidos	400 personas	Respuesta 24 horas

*UPD: Uso problemático de drogas

**Patología dual: Trastorno de adicciones y un trastorno psiquiátrico

Referencias bibliográficas

- Baroni, C. (2024). *Una cartografía antimanicomial*. Universidad de la República. <https://ulibros.com/una-cartografia-antimanicomial-7c59j.html>
- Baroni, C. (Comp.). (2015). *Salud mental, Psicología y Comunicación participativa*. [Autores: Cano, A., Celiberti, M., Correa, N., Evia, V., Giordano, M., Itza, B., Jiménez, A., Migliaro, A., Piazza, F., Rodríguez Di Tomaso, N., Rodríguez, M., & Tábarez, T.]
- Baroni, C., Máquez Moraes, M., Mongay, J., Amorena, J., Dele, A., Ramírez, M., Quiroga, N., & Martínez, M. (2024). *Vilardevoz: una trayectoria colectiva*. Universidad de la República.
- Basaglia, F. (2000/2008). *La condena de ser loco y pobre*. Topia.
- Cardozo, D. (2018). *Desmanicomialización en el Uruguay: experiencias de gestión colectiva en dos emprendimientos de trabajo-acogida-vida* (Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República).
- Chamberlin, J. (1973/2023). *Por nuestra cuenta: Alternativas autogestionadas frente al sistema de salud mental* (E. Tuneu i Tarrés, Prólogo). Katakarak Liburuak. (Trabajo original publicado en 1973).
- Colón Portal. (2022, noviembre 17). Se inauguró la Casa Comunitaria de Promoción de la Salud Mental en Colón. <https://www.colon.com.uy/mi-barrio/actualidad-y-noticias/5151-se-inauguro-la-casa-comunitaria-de-promocion-de-la-salud-mental-en-colon>
- Del Cueto, Ana María. (2014). *La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear*. (1ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Deleuze, G. (2007). ¿Qué es un dispositivo? En G. Deleuze, *Dos regímenes de locos. Textos y Entrevistas (1975-1995)*. Pre-Textos. (Trabajo original publicado en 1988).
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2006). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Duffau, N. (2019). *La historia de la locura en Uruguay (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Universidad de la República, CSIC.
- Elvira, M. S. (2021). *Desmanicomialización con participación comunitaria. La experiencia del centro cultural Camino Abierto*. Topía Editorial.
- Etcheverry Catalogne, G. (2022). *Cartografía del problema de la producción de lo común en la grupalidad* (Tesis de doctorado. Universidad de la República, Facultad de Psicología). <https://www.co-libri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/35887>

- Ghemi, C. (2023, 21 de julio). «Todo lo que se está planteando es poco y no hay una mirada integral». *Brecha*.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. (8.^a ed.) Amorrortu.
- Haraway, D. J. (1988). Conocimientos situados: La cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Intendencia de Montevideo (2019). *Proyecto de fincas abandonadas* [PDF]. Intendencia de Montevideo. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/proyectoefincas20919web.pdf>
- Ley N° 19.529/2017, de 24 de agosto. *Ley de Salud Mental*. IMPO. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2024). *Dispositivos MIDES de salud mental y UPD* [Guía interna, no publicada].
- Ministerio de Salud Pública (1986). *Plan Nacional de Salud Mental 1986. Ministerio de Salud Pública de Uruguay*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2018, abril). *Propuesta para implementación de la Ley de Salud Mental 19.529 en ASSE* [Presentación].
- Municipio B de Montevideo. (2025, enero 28). *Feria de Encuentros: Cultura y Salud Mental*. <https://municipiob.montevideo.gub.uy/feria-de-encuentros-cultura-y-salud-mental>
- Pécora, M. (2009, junio 29). Marisa Wagner: Los montes de la loca. *Periódico VAS*. <https://www.periodicovas.com/marisa-wagner-los-montes-de-la-loc/>
- Percia, M. (2017). *Demasiás locuras normalidades-meditaciones para una clínica menor*. Buenos Aires: La Cebra.
- Pezzani Di Falco, G. (2017). El proceso de implementación de la Ley 18.407 en Uruguay: avances y desafíos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(1), 30-42. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/09/03_TO2.pdf
- Romano Fuzul, S. (2019, abril). *Atención de la salud mental de la población usuaria de ASSE, diagnóstico situación en abril/2019*. Ministerio de Salud Pública.
- Rossetti, A., & Monasterolo, N. (2018). *Salud mental y derecho: Derechos sociales e intersectorialidad*. Esártaco Córdoba

- Sampayo, A. R. (2005). *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental* (Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación).
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>
- Servaes, J., & Malikah, P. (2005). Comunicación participativa: ¿El nuevo paradigma? *Dialnet*.
- Urgente 24. (2023, 3 de julio). Uruguay: "Casas Comunitarias" para los sin hogar-psiquiátricos. *Urgente 24*. <https://urgente24.com/mundo/uruguay-casas-comunitarias-los-hogar-psiquiatricos-n557183>
- Viñar, M. E. (2023). Preguntas hacia la comunalización de lo público a nivel local como desafío para las alternativas a lo manicomial. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 13(3), 41-51.
<https://doi.org/10.26864/pcs.v13.n3.3>
- Wagner, M. (2007). *Los montes de la loca*. Ediciones Baobab.