

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

**Doble apuesta:  
problemática en el abordaje de una intervención múltiple  
en salud mental**

**Noelia Bentancour**

**Tutor: Celmira Bentura**

**2013**

***No acepten lo habitual  
Como cosa natural  
Pues en tiempos de desorden  
De confusión organizada  
De arbitrariedad consciente  
De humanidad deshumanizada  
Nada debe parecer natural  
Nada debe parecer imposible de cambiar***

**(Amico, 2005:97)**

## Índice:

<b>Introducción</b> .....	2
<b>Primer capítulo</b>	
Sistema de protección social.....	5
Sistema Nacional Integrado de Salud.....	10
Programa Nacional de Salud Mental.....	15
<b>Segundo capítulo</b>	
Salud- enfermedad.....	24
La salud en el devenir histórico.....	25
La historia del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.....	36
Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica hoy.....	41
<b>Tercer capítulo</b>	
Consideraciones metodológica.....	43
Líneas analíticas.....	43
Concepto de rehabilitación del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.....	44
Rehabilitación: importancia de la sociedad.....	49
Actividades del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica en relación a la rehabilitación.....	52
Conclusiones.....	55
<b>Cuarto capítulo</b>	
Bibliografía.....	59
Anexos.....	63

## Introducción:

Este documento es la monografía de grado requerida curricularmente para acceder al título de Licenciado en Trabajo Social. Es realizada en el marco de la Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.

En el presente documento se indaga el concepto de rehabilitación que tiene el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. Se selecciona la institución mencionada para realizar el estudio, ya que es un centro de rehabilitación que abarca a la población en su totalidad<sup>1</sup>, es decir, le es indiferente el prestador de salud del usuario. A lo mencionado se le adhiere que es el centro más antiguo de Uruguay creado en post de la rehabilitación en 1971 y dependiente del Patronato del Psicópata (fundado en 1948); su finalidad de velar por los derechos de las personas con trastornos de salud lo convierte en un centro de referencia en Uruguay sobre rehabilitación.

La temática seleccionada comienza a ser de interés en la práctica pre-profesional realizada en el año 2011 en el marco de la materia Metodología de la Intervención profesional III. La práctica fue realizada en el Hospital Vilardebo, en dónde se intervino desde la policlínica de facultad abordando las situaciones que el equipo multidisciplinario conformado allí evaluaba pertinente. Del abordaje de algunas situaciones y con la finalidad de vincular a algunos usuarios del hospital a un centro de rehabilitación es que se comienza a analizar la rehabilitación como concepto.

Continuando en la misma línea se entiende que el concepto de rehabilitación es sumamente importante en el trabajo con la enfermedad mental porque es una posible "respuesta" al padecimiento, entonces, del concepto de rehabilitación que se construya va a depender la rehabilitación de las personas que padecen problemas de salud mental y en este construir, está incluida la sociedad en su totalidad. Desde lo macro-social (políticas sociales en salud) la importancia de la rehabilitación se vincula con la sociedad a la que se apunta en términos de integración social, igualdad y justicia social.

Es necesario explicitar que el abordaje de la enfermedad mental se relaciona con el concepto de rehabilitación, el que se transforma a lo largo de la historia y además se nutre de la misma.

---

<sup>1</sup> Exceptuando a los menores de 15 años de edad.



La visualización y el concepto de rehabilitación actual difieren al del novecientos, sin embargo, se entiende que en el quehacer profesional actual quedan residuos de ese abordaje excluyente, marginador y discriminador.

Se considera que el Trabajo Social, como Ciencia Social, aporta elementos interesantes a la hora del abordaje en la enfermedad mental, en relación a la rehabilitación. En este sentido, tiene una mirada integral de la persona en su rehabilitación, que permite y habilita el trabajo de múltiples profesionales en la salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, entre otros). Y de esta forma se intenta proporcionar a los usuarios un mejor abordaje con mayor integración que apueste a la rehabilitación. Sin embargo, esto no fue siempre así.

Pero ¿Qué es la rehabilitación?, ¿todos entendemos de la misma manera la rehabilitación?, ¿cómo se lleva a la práctica?, ¿quién interviene en dicho proceso? Todas estas interrogantes surgen del ejercicio pre-profesional en el campo y para intentar dar respuesta a muchas de estas preguntas surge el objetivo de investigar cuál es el concepto de rehabilitación, en otras palabras, la propuesta rehabilitación del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (de ahora en más CNRP).

Para lograr lo anterior, la metodología utilizada se basa en la revisión y análisis de bibliografía relevante para el tema seleccionado y en la realización de entrevistas a actores calificados y claves de la institución a indagar como también de algunos documentos.

**Este documento está compuesto por cinco secciones:**

La sección número uno está compuesta por lo que da marco a la temática. El tema se enmarca dentro de un conjunto de políticas sociales que tienen que ver con un modelo de sociedad al que apuntan los productores de políticas sociales, es por esto que se trabajaron las políticas dirigidas desde el Ministerio de Salud Pública, me refiero al Sistema Nacional Integrado de Salud, más específicamente al Programa Nacional de Salud Mental y así introducir al CNRP, de suma importancia para el documento.

En la sección número dos se procedió a desarrollar el tema seleccionado, se comenzó haciendo una revisión histórica de la salud-enfermedad mental. Se contextualizó la salud-enfermedad mental desde lo histórico como también se revisó cómo la locura se ha entendido históricamente para poder desembocar en la rehabilitación como modo de trabajar la locura y de comprenderla. En esta sección, además, se analiza la intervención

del CNRP, comenzando por su historia, su forma de comprender la "locura" y de intervenir en la misma.

En la sección número tres se analiza el concepto de rehabilitación desde las entrevistas realizadas a profesionales distintos de la institución, que dan cuenta de lo que hacen, de la idea que tienen de rehabilitación y lo que proponen como respuesta al padecimiento de una enfermedad mental. Se proponen líneas analíticas y se desarrollan. Además se exponen las conclusiones finales del análisis realizado.

En la sección número cuatro se detalla la bibliografía utilizada en el documento y se exponen los anexos.

# Primer capítulo

## Sistema Nacional Integrado de Salud Programa Nacional de Salud Mental

### **Sistema de protección social**

El Sistema Nacional Integrado de Salud es parte de un conjunto de transformaciones a nivel nacional. Estas transformaciones están ligadas a un conjunto de cambios que trascienden lo nacional, y que, involucran a América Latina en su conjunto. Las políticas sociales que comienzan a aplicarse en América Latina por los gobiernos denominados progresistas son novedosas y tienen una serie de puntos en común. Estos son: nueva jerarquía de las políticas sociales; intervención del estado en mayor proporción para proveer bienestar; las políticas sociales no son subordinadas a las económicas; el mercado no resuelve el suministro de bienes y servicios sociales; los gobiernos tienen responsabilidad en la deuda social, manifestada por la pobreza e indigencia (Portillo, en documento de MSP, 2008:18).

En América Latina como forma de reforzar las intervenciones universales en los grupos más vulnerados se ha otorgado particular importancia a las denominadas políticas de reducción o combate a la pobreza, las que se focalizan en quienes aún no han podido acceder a los bienes y servicios básicos —alimentación, salud, educación— para intentar sacarlos de la condición de pobreza absoluta en la que viven (Ziccardi, 2008:10).

Ese conjunto de políticas sociales novedosas componen lo que se denomina sistema de protección social, pero ¿cómo se define dicho sistema?

Para responder a la interrogante se propone considerar la definición que establece el banco inter- americano de desarrollo, el mismo plantea que el sistema de protección es un conjunto de "...intervenciones públicas que pueden atenuar el impacto de (...) sucesos repentinos en los ingresos y en las condiciones de vida de los pobres, así como en las tendencias de desarrollo a largo plazo. Estas intervenciones -que incluyen medidas en el mercado laboral, redes de protección social, sistemas de pensión y fondos para desastres- ayudan a los individuos y a las familias a enfrentar mejor los shocks económicos y naturales" (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000:1).

Por otro lado y con el fin de complementar la definición anterior, la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas define la protección social como "un conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuestas a



diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población” (Naciones Unidas, 2000: 3).

En este sentido el sistema de protección social se compone por intervenciones públicas y privadas que buscan brindar herramientas a las personas y familias para poder atravesar situaciones de “riesgo” sin caer en condiciones de pobreza, estas son contributivas, o sea, al trabajo. En la población pobre busca otorgar protecciones específicas que permitan que estos ciudadanos eviten la caída en situaciones de mayor vulnerabilidad social ante los “riesgos” sociales de la vida moderna, estas intervenciones son conocidas principalmente como protección social no contributiva, en otras palabras, asistencia social.

Se entiende la necesidad de que existan políticas focalizadas en los grupos más vulnerables, sin embargo es necesario destacar que debe existir una articulación con las políticas universales (un sistema de protección híbrido, que contenga ambas políticas), ya que la focalización puede provocar lo que quiere eliminar, que es encasillar el fenómeno en unos pocos y separarlos del resto de la sociedad, esto sería provocar mayor fragmentación social.

El objetivo de las políticas sociales que componen el sistema de protección social es “...crear condiciones de equidad social, y promover y garantizar el ejercicio de los derechos ciudadanos. Entre éstas se pueden mencionar las políticas de salud, educación, vivienda y recreación, que se dirigen al conjunto de la ciudadanía con criterios de universalidad porque son parte de la responsabilidad social del Estado” (Ziccardi, 2008:10).

Tales políticas responden a una realidad diferente y surgen a partir de esta, en palabras de Serna, “Las transformaciones de la nueva cuestión social, la multidimensionalidad de la pobreza y sus relaciones con la reproducción de las desigualdades sociales son factores estructurales que presionan el rediseño de las políticas sociales hacia nuevas *intervenciones públicas diversificadas y múltiples* que den respuesta a los cambios en las formas y factores de vulnerabilidad social. En este sentido, se debe repensar el lugar de las políticas sociales y la construcción de la ciudadanía social como mecanismos de adaptación y repuesta a las demandas y cambios en el entorno social” (Serna en Serna coord., 2010:147).

Es una realidad que el sistema de protección social ha ido transformándose a lo largo de la historia y ha adquirido características diversas dependiendo de las necesidades sociales, gobiernos, contexto y momento histórico. En nuestro país se ha estudiado y analizado el Estado en varios momentos históricos, tales momentos condicionan y determinan las políticas sociales.

Mirza caracteriza al sistema de protección uruguayo como "...un híbrido o mixtura de rasgos propios del modelo liberal -residual y del modelo universal- estratificado (Midaglia, 2002; Filgueira y Filgueira, 1994), nos remite de manera crítica a reconocer por un lado la direccionalidad política y estratégica fundada en el reconocimiento de los derechos de ciudadanía y por otro lado, las contradicciones generadas por los constreñimientos de una economía capitalista dependiente cuya inserción internacional condiciona aquellas opciones de políticas públicas que intentan revitalizar un patrón de inclusión universal" (Mirza en Serna coord., 2010: 307).

En este sentido es interesante mencionar "...el papel que ha cumplido la Protección Social no es ni ha sido contraria a la lógica del mercado como lo demuestra la evidencia histórica de los países desarrollados, especialmente los europeos, y nuestra propia tradición en materia de seguridad social. Sin embargo, la Protección Social ha buscado imbuirlo de normas, pautas y procedimientos que contemplan la dignidad y bienestar humanos como principios y fines primordiales, lo que implica por tanto, domesticar el funcionamiento del mercado" (Documento del Plan de Equidad, 2007:9).

En Uruguay, luego de la transición hacia la democracia, comienza un proyecto modernizador vía mercado, siendo el mismo un impulso liberalista o aperturista que se caracterizó por el retiro del estado en áreas en las que estaba presente (Moreira en Serna coord., 2010:119-122). Tal retiro tuvo consecuencias perversas en la vida cotidiana de las personas que se agravó aún más con la crisis que existió desde el año 2000 al 2003.

Lo que plantea Ziccardi sobre la situación Argentina puede asemejarse a lo que ocurrió en Uruguay, es por esto pertinente plantear que el retiro del estado de algunas áreas y la crisis económica han fomentado el crecimiento de la pobreza urbana y la acumulación de desventajas económicas y sociales en determinados grupos sociales (ya desfavorecidos) como por ejemplo: mujeres jefas de hogar, migrantes, jóvenes desocupados y poco calificados, discapacitados, entre otros (Ziccardi, 2008:9-10).



Esos grupos mencionados en el párrafo anterior tienden a tener menos herramientas que el resto de la sociedad para afrontar diversos procesos económicos, políticos, sociales y culturales, lo que provoca la acumulación de desventajas cuando hay crisis y no hay sistemas que protejan y contengan sus situaciones (por esto se cree necesario imbuir al mercado de normas y pautas, en fin, "domesticarlo"). De esta forma las personas comienzan a "vulnerabilizarse" y a acumular desventajas, que se potencian y provocan nuevos fenómenos sociales más complejos que, por ende, requieren de más esfuerzos para la intervención, esto relaciona directamente con la "nueva pobreza" y la transformación de la cuestión social.

En Uruguay existe un cambio en el abordaje de los problemas sociales, en definitiva un cambio en el sistema de protección social. Tal reconfiguración se da con el Plan de Equidad (PEQ) posterior al Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES), ambos impulsados por el primer gobierno de izquierda del país (2005). Con el cambio en la intervención de los problemas sociales (como la pobreza e indigencia) se da una transformación en el abordaje de la salud con la creación e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El PANES se focalizó en la población más vulnerable, se trató de generar condiciones para encontrar rutas de salida de la indigencia y pobreza, se intentó aportar respuestas a las demandas y necesidades básicas (alimentación y salud) pero también se promovieron procesos de carácter socioeducativo (Documento del Plan de equidad, 2007:5).

Posteriormente se aplicó el PEQ, la finalidad en su aplicación es "...fortalecer todos los dispositivos públicos existentes, introducir transformaciones sustantivas en la organización de las estructuras e instrumentos de protección social y mejorar sensiblemente la provisión y regulación de servicios sociales apuntando así a promover parámetros políticamente aceptables de integración y justicia social con la finalidad última de asegurar el bienestar de los uruguayos y las uruguayas (Documento de Plan de Equidad, 2007:8).

De esta forma se intervino en el bienestar de todos los ciudadanos (políticas universales) focalizándose en las personas que requieren de mayores esfuerzos para superar su situación, debido a esto es concebido como una estrategia que apunta a la reducción de la pobreza pero también a la reducción de la desigualdad buscando procurar la equidad social, económica, territorial, étnico-racial, de género e intergeneracional, abarcando a toda la



población y focalizándose en los sectores de mayor vulnerabilidad social, cultural y económica (Mirza en Serna, 2010: 304).

Se han generado cambios significativos en el bienestar de los ciudadanos y fundamentalmente en lo que respecta a la atención de los pobres e indigentes debido a que la expansión de servicios de salud, de educación, la creación de políticas de combate y reducción a la pobreza (conjuntamente con instituciones) han favorecido a la población en su conjunto y en este sentido han fortalecido su ciudadanía (Moreira en Serna, 2010:124).

Es así que “Se definen a las políticas sociales como un componente de suma importancia, mucho más allá de un mero correctivo a las necesidades básicas insatisfechas. En este ámbito de actuación estatal se apuesta a la contribución para la construcción de prácticas sociales que supongan una mejor calidad de vida (...) las nuevas políticas sociales que comienzan a implementarse con los gobiernos progresistas en América latina son una primera gran respuesta a esta insatisfacción con la democracia, intentando desde la perspectiva de bienestar social comenzar a atacar el sistema de desigualdades instalado” (Portillo en documento de MSP, 2008:14).

### **Sistema Nacional Integrado de Salud**

Dentro del conjunto de políticas sociales creadas e implementadas en post de mejorar la calidad de vida de las personas, buscando la igualdad y justicia social, se encuentra el SNIS. Este último implica una transformación en la legislación sobre la cobertura de salud (ciudadanos con cobertura legal, ley 18.211) y sobre la atención del binomio salud-enfermedad a nivel general.

El SNIS, como política social innovadora, es de fundamental importancia para el documento ya que, la respuesta rehabilitadora del CNRP que se pretende conocer se enmarca dentro del mismo, específicamente dentro el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM). Todo en la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Por lo anterior y con la finalidad de dar marco a la temática seleccionada se trabajará sobre el SNIS a grandes rasgos.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, en la ley número 18.211 decretan, en sus disposiciones generales, que:

"Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005. Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país".

CEPAL en este sentido plantea que "El acceso a servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales. En la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia a la comunidad" (CEPAL, 2006:77). Ahora bien, "En primera instancia, debe distinguirse la cobertura legal de la efectiva. Mientras que la primera refleja una disposición legal y describe los derechos de los ciudadanos en cuanto a atención de la salud, la cobertura

efectiva se refiere al grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud adecuados (...). En el contexto regional, las constituciones, leyes de salud y seguridad social de virtualmente todos los países establecen el derecho a la cobertura de salud, usualmente con carácter universal para toda la población, a través del sector público. En muchos casos, sin embargo, la cobertura legal no está acompañada de los mecanismos para aplicarla plenamente y el acceso efectivo a los servicios requeridos se restringe en la práctica mediante listas de espera o se segmenta mediante múltiples esquemas de aseguramiento” (CEPAL, 2006:81).

El SNIS tal como menciona su nomenclatura integra diversos prestadores de salud a través de la ley 18.211 desde el 1/1/2008. Tiene como propósito al integrar la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC), seguros integrales y sanidad militar y policial “...universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento, brindando calidad asistencial y devolviendo sustentabilidad al sistema” (Programa Nacional de Control del Cáncer, 2009:20). Buscando así la cobertura legal y efectiva.

En la Constitución de la República Oriental del Uruguay se propone que “El estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad. El estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes” (ATR. 44). Actualmente el estado en Uruguay “afirma” dicho artículo que reconocen a la salud como derecho y además lo efectiviza con la reforma de la salud e implementación del SNIS.

En este sentido la legislación en materia de salud plantea más que el derecho, el deber de los ciudadanos al cuidado y atención personal en materia de salud, sin embargo, establece claramente que el Estado debe de hacerse responsable de la cobertura en salud de los pobres, es decir que la obligación del Estado consiste únicamente en subsidiar en salud a los indigentes o carentes de recursos. En esta línea ASSE (prestador de salud Estatal), era un prestador para pobres.

Esta afirmación está justificada también ya que ASSE no buscaba captar a otros usuarios de sus servicios que fuesen los beneficiarios carentes de recursos, ya que para obtener el carnet de usuario había que declarar mediante declaración jurada los ingresos y las



características del núcleo familiar al Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF), en esta situación se buscaba que el posible usuario no contara con otra cobertura, en el caso de que sí, se le rechazaba la solicitud. Un trabajador formal dependiente no podía atenderse en salud pública ya que el seguro social de salud (DISSE) para trabajadores dependientes formales no daba la opción de que el beneficiario pueda decidir entre las IAMC o ASSE, lo que tampoco habilitaba a ASSE a captar otros usuarios.

De esta forma se excluye a las personas pobres o indigentes a acceder a otro prestador de salud y no se les permitía elegir a los que aportan a BPS entre el ámbito público y privado (Benia, Isabella, Katzkowicz, Yapor, 2008:73-74). Con la creación e implementación del SNIS esto se ha modificado.

El SNIS, es dirigido por el MSP con apoyo de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y tiene tres modificaciones, la mencionada en el párrafo anterior, el cambio en el modelo de gestión (que permite que la Administración de Servicios de Salud del Estado<sup>2</sup> (ASSE) sea definida como un prestador de salud (público) igual a los restantes prestadores de salud y por tanto controlado por el MSP), el cambio en la financiación y la transformación en el modelo de atención.

Respecto a los cambios en la financiación se basan en la justicia distributiva. "El Fondo Nacional de Salud creado en agosto de 2007 da inicio al proceso de constitución de un fondo único público y obligatorio para toda la población uruguaya. El objetivo de este fondo único de financiamiento es el de articular los aportes que financian la cobertura sanitaria de la población con el pago a los prestadores de asistencia que integran el sistema. Un pool de riesgos más amplio permite distribuir riesgos en formas más equitativa entre la población (...) Las contribuciones se realizan entonces a un fondo único, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en función de los ingresos y la estructura familiar. El BPS recauda los aportes y administra el FONASA. La Junta Nacional de Salud (JUNASA) (organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública) es quien administra el Seguro Nacional de Salud financiado por el FONASA, contratando prestadores integrales públicos y privados. El BPS por orden

---

<sup>2</sup> ASSE: visión "Liderar el proceso de atención a la salud de los habitantes del país, contribuyendo de ese modo a la calidad de vida de la población, poniendo énfasis en la ecuación y promoción, prevención, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación" su misión es "Ser el prestador público de referencia, basado en la Atención Primaria, con equidad, eficiencia y calidad, y con capacidad para responder a las necesidades de su población usuaria, en un marco de políticas de equidad social", Material extraído de sitio web: [http://www.asse.com.uy/uc\\_2113\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2113_1.html).

de la JUNASA paga mensualmente por cada beneficiario del SNIS, asociado a la edad y sexo del mismo y al cumplimiento de metas asistenciales establecidas en los contratos de gestión” (Bérgolo, Olesker, Oreggioni, Pradere, en documento de MSP 2008:42-43).

En relación con la transformación en el modelo de atención, se intenta fortalecer el primer nivel de atención con la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) proponiendo un modelo de atención integral que privilegie la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Es en el marco de este proceso de reforma (creación e implementación del SNIS), que se han desarrollado cambios significativos en la atención de la salud.

Un primer eje es el cambio del modelo de atención, se orienta y privilegia la atención integral que contiene la promoción de salud, la prevención de riesgos, la capacidad de diagnosticar enfermedades precozmente junto a su tratamiento, la recuperación necesaria de la salud, la rehabilitación de secuelas y proveer cuidados paliativos en los casos necesarios. Estas actividades se realizarán en el marco de la estrategia de APS.

Un segundo aspecto refiere al rol del MSP como el responsable del sistema y de ejercer la rectoría del sistema en la definición de las políticas en salud. En este sentido responsable de las normas que direccionan y regulan los diversos programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.

El tercer eje refiere al gasto y financiamiento. Asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud (Extraído de sitio web<sup>3</sup>).

Con la aplicación del SNIS se intentan romper esquemas históricos de intervención y trabajo que se enfocaban en la atención a la enfermedad, cambiando el eje de intervención hacia la atención primaria, es decir, hacia la prevención de enfermedades y promoción de buenos hábitos (Extraído de documento emitido por MSP).

Esto es de principal importancia ya que se entiende que se invierte en salud logrando concientizar e informar a las personas sobre las enfermedades, no cuando ya las padece

---

<sup>3</sup> <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>, consultado el 7/05/13



sino previniéndolas. Lo que implica un ahorro en la atención de las enfermedades porque se invierte para prevenirlas.

Este sistema aplicado actualmente, es parte de todo un proceso que requiere de un tiempo prolongado para funcionar y está compuesto por rupturas, quiebres y fracturas de los esquemas de funcionamiento anteriores.

La complejidad radica en que el modo de funcionar, las normas, reglas institucionales y burocracia están arraigadas a las personas que trabajan en la salud y el establecer una nueva legislación (SNIS) siempre propone un nuevo orden y funcionamiento que debe, para ser aplicado y funcionar, lograr “quebrar” con el anterior para cambiar la modalidad de trabajo, proceso que en las personas conlleva un tiempo prolongado en general.

“Hoy ya nadie discute que el derecho a la salud debe garantizarse desde un estado moderno, eficiente, que no se desentiende de los problemas de salud ni de la población sin valorar su situación económica ni su localización territorial. Hasta el momento hemos afrontado ese desafío, apostando a la generalización de la reforma democrática del estado, que es lo que permitirá darle continuidad a este rico proceso de la reforma sanitaria” (Garrido en documento del MSP, 2008:11).

La importancia de la creación del SNIS es que se promueve un cambio cualitativo en la atención de los que padecen una enfermedad, dentro de estas se ubica lo relacionado a lo mental (decreto 305/011 a desarrollarse en el próximo capítulo).

En relación con el padecimiento de una enfermedad mental es relevante destacar la creación del PNSM, como punto de inflexión en la historia de la intervención en salud mental. A nivel del MSP antes de la creación del PNSM mental no existían planes ni políticas en post de la prevención en salud mental y además se disponía de escasos recursos de rehabilitación para los usuarios. La importancia de la creación del PNSM radica en que es que se impulsa una transformación de carácter cualitativa en la atención de las personas que padecen de una enfermedad mental, 20 años antes de la aplicación del SNIS, que por lo tanto se considera innovadora.



### **Programa Nacional de Salud Mental**

Se crea el programa en el año 1986 con la finalidad de universalizar la salud, apostando a que la misma sea igualitaria, oportuna, integral, continua y coordinada, para que eso fuese posible era necesario incluir a las IAMC en la atención de Salud Mental (junto con el MSP). Esta inclusión de las Intuiciones de Asistencia Médica Colectiva (IMAC) fue imprescindible por la gran necesidad de que exista regulación del MSP en la atención a la salud mental, que por ende, anteriormente no existía.

Es necesario explicitar que en la década del '80 comienza el estimulante clima de la apertura democrática en Uruguay, lo que influye necesariamente en la sociedad en su conjunto y específicamente en lo que respecta a la salud mental. Algunos grupos interesados (coordinadora de psicología, grupos de familiares, sociedad de psiquiatría) comienzan una "lucha" para cambiar el modelo de atención y visualización de la enfermedad mental. Se considera que fue un hito lo que lograron dichos grupos, un PNSM, que si lo contextualizamos con cómo la enfermedad mental era abordada y el lugar que tenía en la sociedad a nivel general, se entiende que fue un gran logro (Extraído de sitio web<sup>4</sup>).

Continuando en esta línea y añadiendo importancia al logro de los grupos interesados es importante mencionar que a nivel del MSP antes de la creación del PNSM no existían planes que apuntaban a la prevención en salud mental (que se reafirma con el SNIS, ya que impulsa la APS) y además se disponía de escasos recursos de rehabilitación para los portadores de una enfermedad mental.

Dicho programa fue realizado por la Comisión Nacional de Salud Mental, designada según resolución ministerial el 6 de mayo del 1985. Se considera que un hito dentro de la temática la existencia de un Programa Nacional que contemple a las personas que padecen enfermedades mentales como tales, redactando sus derechos, obligaciones y beneficios como ciudadanos.

Es, en cierta medida, reconocer a los que los griegos llamaban Apropos, que son aquellos que uno no ve, los esclavos, los sin rostro, las no personas. La cara de los excluidos,

---

<sup>4</sup> <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias98/art10.htm>., consultado el 10/07/13.

marginados, mendigos, prostitutas, en fin, de los olvidados por los derechos humanos (Luis Pérez Aguirre, 2007:10).

En esta línea y con la creación de un marco legal que contemple los derechos y deberes de las personas que padecen problemas de salud mental es que se entiende que la visualización del enfermo mental se ha transformado, y es desde este hecho que se puede comenzar a hablar de ciudadanía en las personas portadoras de una enfermedad mental.

Ejercer la ciudadanía es poder actuar conforme a los derechos y obligaciones que se tienen como ciudadano, y sólo se puede realizar cuando existen derechos vigentes, esto es, garantizados por el Estado, de aquí deriva la importancia de que exista un PNSM y de que el mismo sea cumplido por las autoridades pertinentes y las personas que llevan a cabo dichos programas en salud mental. Además, según Jahir Rodríguez (1999), para ser un ciudadano integral, no basta con ejercer los derechos civiles redactados en la Constitución del país, sino que es necesario que los ciudadanos puedan acceder a espacios culturales y recreativos, es decir en palabras del autor acceder a "...los bienes culturales tanto materiales como simbólicos" (Rodríguez, 1999:109).

La pérdida de los derechos ciudadanos del enfermo mental no se da casualmente, se relaciona estrechamente con el lugar que la sociedad le da a la enfermedad mental, un lugar marginado, excluido, de extrema soledad. El lugar que la sociedad le da a la enfermedad mental se relaciona con cómo se visualiza la misma y a su vez esto se refleja en las deficiencias en la intervención tanto de los prestadores de salud públicos (ASSE) como privados (IAMC).

Por lo anterior, la enfermedad mental a las personas que la padecen "No sólo los enfrenta a una miseria económica sino que los condena a una pérdida creciente de la dignidad humana, del trabajo, de la participación, de la capacidad de decidir en los procesos sociales, aumentando su vulnerabilidad a enfermar física y psíquicamente" (Custo, 2008:12).

Se considera que desde el Trabajo Social, como profesión básica en la intervención, "Se hace necesario potenciar y construir redes de sostén que permitan a las personas afectadas su singularidad y subjetividad, y al mismo tiempo brindar la educación y herramientas adecuadas para superar las dificultades y así ejercer plenamente una ciudadanía vedada hasta el momento" (Techera, Apud y Borges, 2009:44).



EL PNSM fue creado por la gran necesidad de que la salud mental sea visualizada, atendida y comprendida de otro modo.

Ya que “En cada momento histórico, económico, político y cultural las sociedades tienen formas de enfrentar y resolver sus propias dificultades. La manera de enfocar los problemas de salud y salud mental de la población guarda estrecha relación con los estilos, valores y organizaciones que una determinada sociedad posee para afrontar las situaciones de la vida cotidiana” (Amico, 2005: 23).

Por esto es que en el presente documento se vincula el cómo se entiende la enfermedad mental con el mecanismo que se utiliza para intervenir en la misma. Se entiende que la conceptualización de la enfermedad “define” el cómo se aborda la enfermedad mental; por esto es que la atención en salud mental se justifica desde el concepto preponderante que existe de la misma.

De lo anterior deriva la gran importancia que tiene el analizar la respuesta institucional del CNRP, ya que la forma de intervenir en el fenómeno hace evidente cómo se entiende la salud-enfermedad mental desde lo institucional, en otras palabras el concepto de rehabilitación.

En la propia realización del PNSM, se hacen evidentes las carencias respecto a la intervención en salud mental desde las IAMC y la necesidad de que sean reguladas.

Se plantea que su modo de intervención se centra en la actividad de consultorio, no dando lugar a la intervención integral y multidisciplinar. “El psiquiatra y el psicólogo cumplen su función en forma aislada y como excepción pueden realizar una consulta con otro colega. En las IAMC no hay servicios psiquiátricos organizados, con niveles administrativos y técnicos. La mayoría de los psicólogos son contratados, trabajando a destajo y limitando sus funciones al psicodiagnóstico” (PNSM, 1986:4).

En cuanto a la internación en las IAMC no se dispone de estructuras adecuadas para la internación psiquiátrica y no cubren las actividades de prevención primaria ni terciaria en salud (con asistentes sociales y psicólogos). Tampoco existe ninguna actividad de rehabilitación, cubriéndose la atención en salud mental a través de psicofármacos (recetados en su mayoría por el médico de medicina general) (PNSM, 1986:4).

Respecto a Salud Pública, se advierte que se intenta romper con la centralización de la atención en salud mental del hospital Vilardebó. Centralización que existe por la carencia de policlínicas zonales y por las carencias en la atención desde las IAMC; lo que provoca la utilización del hospital como recurso terapéutico.

Continuando en esta línea, la opción terapéutica preponderante en la salud mental era el asilo y hospitalización, una cifra a tener en cuenta es que el 90 % de las camas psiquiátricas del país las ofrece el MSP (por dicha situación sobrecargado).

Contrastando dicha intervención (hospitalización, medicalización) el Programa propone como objetivo general la 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 en las acciones de promoción y prevención" (PNSM, 1986:8).

Intentando romper con los esquemas de intervención anteriores el PNSM define cuatro niveles de atención.

El primer nivel está integrado por la prevención y promoción en salud (está a su vez integrado por tres niveles de prevención, la primaria, secundaria y terciaria). El segundo nivel se basa en la atención, esta se estructura en el centro de Salud Mental (cada centro debe contar con la posibilidad de uso de todos los recursos terapéuticos: asistencia zonal, internación, rehabilitación). El tercer nivel está constituido por los establecimientos de internación ubicados en los hospitales generales de Montevideo, en el interior del país, y en las IAMC (o áreas utilizadas por estas en hospitales privados). El cuarto y último nivel está conformado por el Hospital psiquiátrico, como se apunta a desalentar la internación prolongada se recomienda propiciar que los establecimientos de este nivel cuenten con un número pequeño de camas (PNSM, 1986:11-15).

Dentro del programa existen sub-programas, los que apuntan a la atención integral en salud mental, estos son: el sub-programa de salud mental infantil, el sub-programa de alcoholismo, el sub-programa de personas que hacen abuso de drogas (alcohol o fármaco-toxico-dependientes), el sub-programa de asistencia a ancianos con patología, y el sub-programa de rehabilitación. Este último de gran relevancia para el documento.

Es llamativo que exista dentro del Programa un sub-programa de rehabilitación que coexista con otros sub-programas que apuesten a la intervención en poblaciones específicas. Se



entiende que no debería estar el sub-programa rehabilitación dentro del conjunto de sub-programas sino que debería de ser la respuesta posible a las diversas problemáticas.

Se entiende a pesar de que este aclarado que es imprescindible trabajar en rehabilitación con la persona afectada por la enfermedad mental, su familia y la comunidad, el lugar que se le da a la rehabilitación es como de sub-programa. En este sentido puede aplicarse o no, tal como el sub-programa de salud mental infantil y es en este punto que se discrepa con el PNSM, el lugar que se le da a la rehabilitación. Pero ¿qué es y cómo se debe trabajar para la rehabilitación?

En el PNSM la rehabilitación es concebida como "...un proceso que tiende a darle al discapacitado una nueva forma de ser en el mundo, que le posibilite alcanzar un bienestar físico-psíquico-social". El proceso de rehabilitación se divide en diferentes etapas, la de ingreso, intermedia, egreso y seguimiento.

La primera etapa consta de orientar, apoyar y esclarecer al usuario (para el programa enfermo mental) y su familia, el por qué están allí y para qué.

La segunda etapa es en la que comienza el proceso de "plena transformación" dónde la persona (mencionada como el paciente) comienza a trabajar sobre los obstáculos para su desempeño autónomo. Se apoya al paciente, se lo orienta para que reconozca y modifique las alteraciones en la conducta. Se busca a través de las interacciones (paciente-técnico, paciente- grupo, paciente-tarea) que la persona tenga un cúmulo de experiencias que permitan que el paciente se explore y explore el mundo que lo rodea (en ese momento lo posible a explorar es el psiquiátrico). Se les da además un espacio a las familias para plantear dificultades y esclarecer dudas. Surgen las siguientes preguntas, en esta etapa: ¿Cuál es la relación técnico-paciente? ¿A qué técnico se refiere? ¿En algún momento se hace un diagnóstico situacional, un proyecto terapéutico integrado por varios profesionales? ¿Qué definen como autonomía?

La tercera etapa se constituye con el egreso, donde el usuario ha "vencido" en relación a sus posibilidades las dificultades que le impedían el ejercicio de su autonomía y capacidades. Las preguntas que surgen de esto son: ¿Quién define las posibilidades de los usuarios? ¿Qué mecanismo se utiliza para definir que la persona ha vencido sus dificultades?

Y la cuarta etapa y última es la de seguimiento, en donde se busca que la persona afirme y mantenga los logros alcanzados en la rehabilitación. Esta integrada por talleres protegidos con múltiples propósitos (PNSM, 1986:39-42).

Esta última etapa: ¿De qué rehabilitación está hablando? ¿Habla de rehabilitación o de un proceso de modificaciones donde se busca que el paciente trabaje los obstáculos fundamentales para alcanzar su autonomía? ¿Esto es rehabilitación o entrenamiento? ¿En qué momento se interviene en equipos multidisciplinarios y se toma al paciente como un ser psicológico, biológico, social y en relación con su medio?

Es necesario explicitar, luego de todos estos planteos, que, 24 años después de realizado el programa dicho objetivo aún está vigente en el trabajo cotidiano del ámbito privado, sin dudas y del público también, en parte puede deberse a lo siguiente:

“La burocracia psiquiátrica se encuentra frecuentemente entre sus empleados (técnicos, enfermeros, personal auxiliar, psicoterapeutas, administradores) la mano de obra dispuesta a dale sentido a toda esa rareza institucional que se genera alrededor de la locura como enfermedad mental. Rareza que cuando deja de tomar la forma del asilo represor del electroshock y las rejas, toma las características de campos de rehabilitación para drogadictos, anoréxicos, sidósicos, donde se reactualiza la misma ideología asilar” (Saidón y Troianovski, 1994:23).

En la modalidad de intervención el poder médico juega un rol protagónico sobre las decisiones del paciente.

Para Barran “el poder médico absoluto se ejerció sobre marginados, pobres, locos y mujeres, en ese orden y no otro. El loco del hospital Vilardebo -también un pobre- y la prostituta -mujer y marginada-, soportaron el grado máximo de autoritarismo médico” (Barran, 1994:16), y se entiende que en alguna medida aún lo continúan soportando.

Basta mencionar que en las décadas que transcurren entre 1860 a 1920 se aplica lo denominado como disciplinamiento, en donde la salud se visualiza como un valor que queda bajo el estamento médico y a la medicalización de la sociedad.

Se considera que mucho se ha avanzado, pero a pesar de esto es necesario remarcar que se cree que en las prácticas profesionales actuales pueden existir algunas conductas sutiles que aluden a la realidad del novecientos. Es algo conocido que “...el poder tiene siempre



tendencia a crecer y el loco pobre, un ser virtualmente sin derechos civiles (ni familia), era una carne demasiado ofrecida como para que la razón médica no reconstruyera la violencia física bajo formas más sutiles, todas ellas emparentadas con la terapia y por ello, justificadas" (Barran, 1994: 35).

Se entiende que lo que sucedía antes de la existencia de legislación en materia de salud mental aún continúa sucediendo en la actualidad a pesar de que exista legislación. La enfermedad mental no se ha desplazado o no la hemos desplazado como sociedad del lugar apartado y excluido y por ello existe aún dificultad para alcanzar el objetivo propuesto por el programa y este sigue vigente. No obstante, se entiende que el propio programa tiene varios puntos cuestionables en relación a la rehabilitación para la realidad actual del Uruguay.

Se cuestiona ¿Qué lugar le da el PNSM a la rehabilitación? y ¿A qué tipo de rehabilitación se apunta?

De todo esto emergen más cuestionamientos, si cómo se entiende la enfermedad mental define, de alguna manera, el mecanismo que se utiliza para intervenir en la misma ¿Cómo se entiende la salud mental verdaderamente en el 1986?

Lo cuestionable desde la actualidad es que se continué con un mismo programa a nivel nacional cuándo la realidad del Uruguay es muy diferente. Es por esto que a pesar de que mucho se ha avanzado con la creación de este programa, es necesario continuar trabajando en post de la salud mental y a favor de la rehabilitación, entendida, en términos generales, como ejercicio pleno y real de ciudadanía.

Además, actualmente ¿Qué lugar le dan las autoridades a la salud mental? ¿Y la sociedad? ¿A qué tipo de integración social se apunta?

Es necesario incluir en este planteo y con objetivo de dar respuesta a algunas de las interrogantes que por decreto 305/011 se incluyen al SNIS, en el año 2011, un conjunto de prestaciones vinculadas a la salud mental que tienen como propósito "Contribuir a mejorar la situación de salud de la población del país a través de la implementación de nuevas prestaciones en salud mental para el período 2011-2015".

El objetivo general es: "Realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a

todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre de 2011". Las nuevas prestaciones son para la población en su conjunto, comprende a los niños, adolescentes y jóvenes y adultos de todos los efectores integrales del país.

"La inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS implica:

1. Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a la niñez y adolescencia y por otra parte al adulto, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
2. Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
3. Priorizar el primer nivel de atención actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.
4. Actuar sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
5. Poner el acento en aquellos motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia cuya atención puede actuar como prevención de situaciones posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.
6. Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud."

En este sentido se acentúa que la enfermedad mental no se concibe de forma aislada ni individualizada, sino que depende del entorno tanto familiar como social, priorizando la prevención (teniendo en cuenta los factores de riesgo y los motivos de consulta reiterados).

Es por esto pertinente plantear que para hablar de rehabilitación se hace necesario hablar de tres niveles, "1) el nivel individual: o sea el del enfermo y su enfermedad, 2) el nivel institucional o supra estructural en que el que enfermo se encuentra constreñido (...), 3) el nivel estructural, o sea el significado estructural estratégico de la institución en el seno del sistema social del que dicha institución es expresión" (Basaglia en García, 1975: 185).

Esto no siempre fue comprendido de esta forma, la enfermedad mental ha sido visibilizada de diversas maneras a lo largo de la historia, como también el binomio salud-enfermedad, lo que ha significado diversas prácticas de intervención en la misma.



## Segundo capítulo

### Salud-enfermedad

Retomando la idea anterior, la salud ha sido visualizada de diversas formas en distintos momentos históricos. Por ello específicamente la comprensión del binomio salud-enfermedad mental también se ha ido transformando históricamente.

Se entiende, como ya se ha planteado anteriormente, que las diferentes formas de entender la salud-enfermedad han sido definitorias de los mecanismos que responden a la misma a lo largo de la historia, específicamente en la salud mental el cómo se entiende la locura define cómo se interviene en la misma. Es en esto dónde radica la importancia de analizar la rehabilitación actualmente como respuesta de la enfermedad mental, ya que es explicativo y deriva del cómo se visualiza y entiende dicho fenómeno en un momento histórico determinado.

Ha sido una constante que "La estigmatización siempre ha acompañado al fenómeno de la locura, es su historia. Antes estaban embrujados, después vino Pinel y dijo que eran enfermos, después Charcot y los tratamientos morales..., digo, como para recordar un poco. Es la historia del hombre mismo, que no puede con el hombre que sufre. Finalmente toda la naturaleza tiene que estar catalogada, cuadrículada, taxonomizada, es parte del paradigma positivista" (Palleiro en Techera y Apud, 2009:27).

Con la finalidad de poder desembocar en la actualidad con claridad, es necesario hacer una revisión histórica de cómo la salud ha sido comprendida a lo largo de la historia para luego analizar específicamente cómo la locura se ha visualizado en el devenir histórico junto a los mecanismos que se han utilizado para la intervención.

Es importante tener en cuenta que las conceptualizaciones que se realizarán en este documento son polisémicas debido a que su concepción es una construcción social que tiene una significación relacionada con el momento histórico, social, cultural, político y económico en el que se vive. De esto deriva la importancia de hacer una revisión histórica de la salud-enfermedad.

### **La salud en el devenir histórico**

Como ya se mencionó con anterioridad el concepto de salud ha ido cambiando a lo largo de la historia, para introducir los conceptos de salud es necesario mencionar la etimología de la palabra, la palabra salud proviene del latín *salus* que significa salvación.

Como punto de partida para la revisión de la salud en el devenir histórico se toman las palabras de Hipócrates (460-370 AC), este plantea que: "Para conocer la salud y la enfermedad es necesario estudiar al hombre, en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar al mismo tiempo, las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio exterior y social".

En relación con la definición de salud se tomará la de la Organización Mundial de la Salud en 1948: "La salud es el estado completo de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad, al que tienen derecho todos los individuos cualquiera sea su raza, religión o credo político".

Posteriormente, para Capote y Villar (década del '60) la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad.

En 1971 Salvador Allende plantea que "La salud es un proceso dialéctico -biológico y social, producto de la interacción del hombre con el medio, influido por los medios de producción y que se expresa por los niveles de bienestar físico y eficiencia física, mental y social".

En 1978 Pichón Rivière plantea que "...el sujeto es sano en la medida en que aprehende a la realidad desde una perspectiva integradora y tiene la capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez el mismo en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida pasiva y estereotipada... la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad, en la relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo" (Pichón Rivière, 1978:15).



Salleras Sanmartí en 1988 plantea que la salud es "...el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuos y la colectividad".<sup>5</sup>

En todas las definiciones existen elementos que se pueden tomar para conformar una definición de salud. Es un proceso dialéctico-biológico y social, es bienestar físico, mental, social, es un bien que no puede comprarse, es interacción del hombre con el medio, es responsabilidad política, es un derecho de todos.

Se entiende que la conceptualización de salud debe contemplar al ser humano como un ser integral. Que está atravesado por elementos históricos que lo enmarcan. En este sentido un hombre en constante relación con un "marco", "contexto", sociedad e historia que lo construye como tal en su manera de visibilizar y conceptualizar el mundo que lo rodea.

Continuando en esta línea ¿Cuál es la conceptualización de salud mental?

Se parte por afirmar que la categoría salud mental es un término cuyo contenido es, en gran parte, valorativo. Esto quiere decir que los elementos para tomar a una persona como enferma o sana cambian según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes de cada periodo histórico y en cada cultura. "Entonces, desde esta perspectiva, un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en el que emerge" (Custo, 2008:17-18).

A pesar de la dificultad y complejidad de encontrar una definición clara, precisa y mundialmente aceptada de lo que es salud mental se entiende que es "...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (Extraído de página web<sup>6</sup>).

El binomio salud- enfermedad ha sido analizado históricamente, en este sentido, "La enfermedad difiere del estado de salud, lo patológico de lo normal, como una cualidad difiere de otra, ya sea por presencia o ausencia de un principio definido, ya sea por re-elaboración de la totalidad orgánica. Esta heterogeneidad de los estados normal y patológico puede tolerarse todavía en la concepción naturista. Que poco espera de la

<sup>5</sup> Las definiciones de salud de Hipócrates (460-370 AC), la Organización Mundial de la Salud (1948), Capote y Villar (década del '60), Salvador Allende (1971), Salleras Sanmartí (1988) y son extraídas de documento de trabajo.

<sup>6</sup> [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html), consultado el 15/06/13.



intervención humana para la restauración de lo normal. Pero en una concepción que admite y espera que el hombre pueda forzar a la naturaleza y hacer que se pliegue a sus intenciones normativas, la alteración cualitativa que separa lo normal de lo patológico resultaba difícilmente sostenible" (Canguilhem, 1943:19).

La enfermedad en términos generales es un proceso que se desarrolla en un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado normal de salud, su origen etimológico deviene del latín *infirmitas* y significa "falta de firmeza". En el diccionario de la Real Academia Española aparecen estas tres definiciones:

1. Alteración más o menos grave de la salud.
2. Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual. La ambición es enfermedad que difícilmente se cura. Las enfermedades del alma o del espíritu
3. Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.

Ninguna de estas es clara en sí misma, es decir, que se explican en relación a lo definido como salud y estado de normalidad. Pero ¿Por qué?

Para Canguilhem "Se puede negar que la enfermedad sea una especie de violación del organismo y considerarlo como un acontecimiento que el organismo realiza por el juego de sus funciones permanentes, sin negar que ese juego sea nuevo. (...) Si un síntoma patológico, tomado aparte, traduce hiperactividad de una función cuyo producto es estrictamente idéntico al producto de la misma función en las llamadas condiciones normales, eso no quiere decir que el mal orgánico, concebido como otro modo de andar del conjunto de la totalidad funcional y no como una suma de síntomas, no constituye para el organismo una nueva manera de comportarse con relación al medio ambiente ¿No convendría decir, al fin de cuentas, que el hecho patológico solo es captable como tal. Es decir como alteración del estado normal, en el nivel de la totalidad orgánica y, tratándose del hombre, en el nivel de la totalidad individual consiente donde la enfermedad se convierte en una especie de mal? Estar enfermo significa verdaderamente para el hombre vivir una vida diferente, incluso en el sentido biológico de la palabra (Canguilhem, 1943:60).

Continuando en esta línea y específicamente haciendo referencia a la enfermedad mental, esta es definida en la Revista de Crítica de Ciencias Sociales y jurídicas por Arribas desde el concepto de razón. En el diccionario de la Lengua Española se define razón como: "la

facultad de discernir". Las personas que han perdido dicha facultad socialmente han "perdido la razón". Por esto "loco o loca" es "aquella persona que ha perdido la razón o que tiene poco juicio, que es disparatado o imprudente". Es una enfermedad que genera un déficit en el funcionamiento psicosocial del individuo, por esto la persona tiene conflicto en el manejo de sí mismo y en el desenvolvimiento autónomo de su vida personal y social.

La enfermedad mental, entonces, no es un fenómeno aislado, es decir, individual, sino en relación con la familia y sociedad.

Por lo anterior "...la locura no es en el fondo una entidad natural, sino una pura relación. (...) no es loco sino en relación con una sociedad dada, es el consenso social el que delimita las zonas, fluctuantes de la razón y del desatino o sinrazón" (Bastide, 1988 en Techera, Apud y Borges, 2009:29).

Bastide (1988) plantea que la locura es una construcción de cada sociedad que por definirse en constante relación con la misma fluctúa a lo largo de la historia y en un mismo momento histórico entre distintas sociedades. Es así que la locura no se define de forma aislada sino que a través de los patrones en los que una sociedad define cuál es la manera de actuar correcta y cómo se debe pensar.

La figura del loco ha existido en distintos momentos de la historia, debido a esto considero relevante mencionar cómo se ha visualizado la enfermedad mental (y a quienes la padecen) junto con los mecanismos que se han usado para la intervención en algunos momentos relevantes de la historia.

Se entiende que la forma de abordar la locura se ha ido transformando, sin embargo, en la actualidad quedan residuos de un pasado cruel, excluyente y devastador. Esto se entiende así porque lo que ha existido como práctica en el pasado en torno a la locura ha construido la intervención que se realiza actualmente. El hoy, en parte, puede ser explicado por el pasado.

En la Edad Media, horcas, hogueras, descuartizamientos, torturas, ejecuciones se arraigan en el cuerpo de los condenados, de los delincuentes, de los que no cumplían con lo que la sociedad y monarca estipulaban como "el deber ser".

La iglesia y el cristianismo particularmente han tenido una gran incidencia en cómo ha sido visualizada la locura y en cómo intervenir en la misma por el lugar que la iglesia ocupaba en



la sociedad en dicho momento histórico. Se entendía que una persona loca estaba “poseída” por el demonio, producto del pecado y la degeneración religiosa.

En el Renacimiento, excluían, expulsaban a algunos de los locos hacia el mar en “la nave de los locos” con la finalidad de que se confronten con su verdad y destino, “el agua y la navegación tienen por cierto este papel. Encerrado en el navío donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de los mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado en la encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembocará, de qué tierra viene. Solo tiene verdad y patria en esa extensión infecundada, entre dos tierras que no pueden pertenecerle” (Techera y Apud, 2009:35).

Con la Modernidad el sistema en la atención a la enfermedad mental cambia, se pasa a un sistema de disciplinamiento, encierro (hospitalización), de vigilancia y castigo y de *colonización del mundo de la vida* (Habermas, 1987). Es en este contexto que surge el psiquiátrico y manicomio, la teoría del panóptico<sup>7</sup> de Foucault (2002) hecha realidad (modelo de encierro y de disciplinamiento). Encierro que en la actualidad (en menor medida que en la época asilar) es parte del proceso de rehabilitación ya que está detallado en el PNSM (mencionado anteriormente) como primera etapa del proceso de rehabilitación.

“En Uruguay había que esperar hasta el año 1880 para la inauguración del Manicomio Nacional, más tarde llamado Hospital Vilardebó. El manicomio fue construido durante el período militarista (1875-1886) “...de todas formas en 1860 en nuestro país existía un nosocomio en la quinta del padre Teodoro Vilardebó donde las personas con trastornos mentales era maltratadas y repudiadas, el médico allí no tenía autoridad alguna sin embargo quienes las tenían eran las figuras religiosas, las Hermanas de Caridad” (Techera y Apud, 2009: 53).

---

<sup>7</sup> “El Panóptico de Bentham es la figura arquitectónica de esta composición. Conocido es su principio: en la periferia, una construcción en forma de anillo; en el centro, una torre, ésta, con anchas ventanas que se abren en la cara interior del anillo. La construcción periférica está dividida en celdas, cada una de las cuales atraviesa toda la anchura de la construcción. Tienen dos ventanas, una que da al interior, correspondiente a las ventanas de la torre, y la otra, que da al exterior, permite que la luz atraviese la celda de una parte a otra. Basta entonces situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda a un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un escolar. Por el efecto de la contraluz, se pueden percibir desde la torre, recortándose perfectamente sobre la luz, las pequeñas siluetas cautivas en las celdas de la periferia. Tantos pequeños teatros como celdas, en los que cada actor está solo, perfectamente individualizado y constantemente visible” (Foucault, 2002:121).



Se entiende que sucedía, a pesar de los esfuerzos, lo que Habermas (1987) explica desde la colonización del *mundo de la vida*<sup>8</sup> y por otro lado lo que Foucault (2002) concibe en *Vigilar y castigar*.

“...en el imaginario social el prejuicio de peligrosidad y en consecuencia el confinamiento de los enfermos mentales en instituciones psiquiátricas para su contención y tratamiento, y para preservar el orden social (...) funda así una trilogía: el juicio de peligrosidad; la necesidad de control y vigilancia asilar; la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierran el círculo trágico del internamiento manicomial” (Amico, 2005:14).

El primer autor plantea la teoría de la acción comunicativa. Tal teoría plantea a nivel general que en la acción comunicativa de las personas existen 3 acciones orientadas al entendimiento<sup>9</sup>, la acción teológica (realidad objetiva del mundo), la normativa (se relaciona con el mundo externo social, comportamiento cultural) y la dramaturgica (relación con el mundo subjetivo, mi sentir).

Estas acciones comunicativas hacen posibles las relaciones humanas donde es imprescindible mencionar la importancia de la situación (tiempo/espacio) donde “funciona” la comunicación de las personas.

“En realidad las manifestaciones comunicativas están insertas a un mismo tiempo en diversas relaciones con el mundo. La acción comunicativa se basa un proceso cooperativo de interpretación en que los participantes se refieren *simultáneamente* a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo aun cuando en su manifestación *sólo subrayen* temáticamente *uno* de estos tres componentes. Hablantes y oyentes emplean el sistema de referencia que constituyen los tres mundos como marco de interpretación dentro del cual elaboran las definiciones comunes de su situación de acción” (Habermas, 1978:171).

En toda sociedad existen dos dimensiones, la del *mundo de la vida* y la del sistema social (Estado y mercado).

---

<sup>8</sup> Está compuesto por los valores, las creencias, el lenguaje, la personalidad, la cultura de una persona, es definido como todo el proceso de socialización.

<sup>9</sup> Significa para el autor “obtención de un acuerdo” (Habermas, 1978:171)

El estado y el mercado, en la modernidad y con el Estado capitalista, formalizan las relaciones con los individuos, dejando la subjetividad a un lado, en este sentido se desacopla su *mundo de la vida*.

Tal como expresa el autor "se ataca y explota la cultura y la personalidad para domeñar las crisis y estabilizar la sociedad..." (Habermas, 1987:546).

Es necesario explicitar que esa "colonización" se da en todos los ámbitos y sentidos, es decir, no sólo sucede en la atención a la enfermedad mental. Es más, el proceso de neutralizar el *mundo de la vida* genera crisis y patologías en la sociedad.

En este sentido evidencia Habermas (1992) que, "las perturbaciones de la reproducción material y cultural, en las sociedades modernizadas, toman las formas de desequilibrios, que operan directamente como crisis o provocan patologías en el mundo de la vida" (Habermas, 1978:544).

Esto es porque hablante y oyente se entienden desde y a partir de su *mundo de la vida*, el que les es común sobre algo en el mundo objetivo, social y subjetivo (Habermas, 1978:179). Si dicho mundo es neutralizado, las personas, en cierta medida, pierden entendimiento entre sí.

Esa colonización tiene otras consecuencias, estas son: el rol consumidor, el empobrecimiento cultural y burocratización de la vida cotidiana donde se mercantiliza la vida afectiva.

En el mercado se minimizan los aspectos del *mundo de la vida*<sup>10</sup> así como también se neutralizan los aspectos que lo componen, para el funcionamiento de las empresas u organizaciones ya que estas están integradas por diferentes personas, por ende distintos *mundos de la vida*, "...las organizaciones no solamente se desligan de las ataduras que les impone la cultura y de las actitudes de orientaciones específicas de la personalidad, sino que también se independizan del mundo de la vida..." (Habermas, 1987:438).

De todas formas el *mundo de la vida* funciona, sino sería una sociedad deshumanizada, por lo tanto aún existen espacios de entendimiento y de acción comunicativa pero en las instituciones cada vez se neutraliza más, o sea, que dentro del sistema se minimizan las

---

<sup>10</sup> Aunque en cualquier sociedad existe el mundo de la vida, sino sería una sociedad deshumanizada, robótica, aún quedan espacios de acción comunicativa en la sociedad.



creencias, cultura, valores, lenguaje, en la toma de decisiones. Las decisiones no se realizan por consenso sino que están institucionalizadas en la normativa formal.

El conjunto de personas que residen en algún hospital asilar son institucionalizadas, quedando bajo las normas y reglas de la institución y dentro de la burocracia existente. En otras palabras, su *mundo de la vida* queda bajo las normas institucionales que indican desde cuando comer hasta cuando dormir, se considera que de esta forma se coloniza el mundo de los sentimientos, valores, el mundo de cada usuario.

Donde "Levantarse y acostarse, higienizar el cuerpo, desayunar, almorzar, merendar y cenar a horas fijas y predeterminadas, trabajar con horarios estrictos y concentrarse siempre en el mismo lugar, era acostumbrar el espíritu y la vista de locos a los actos regulares de la vida, primera etapa en la recuperación de la Razón" (Barran, 1994:48).

El *mundo de la vida* de los internados se vuelve vulnerable desde el momento que son privados de la libertad, porque la misma reproducción del sistema genera perturbaciones en el *mundo de la vida*, la lógica estatal penetra y coloniza la vida de los internos, a través de ámbitos de acción que los disocian de su *mundo de la vida*.

Desde lo social es fundamental tener presente en este sentido que "Si bien existe un marco legal que contempla los derechos de los usuarios como ciudadanos, en la práctica no se excluye que esos derechos se violenten por medio de la internación involuntaria, la utilización de tratamientos invasivos, no utilizar el consentimiento informado, etcétera." (Techera, Apud y Borges, 2009:113).

Estas situación de abuso de poder, de vulneración, de no escucha y *colonización* de las subjetividades se considera deben de ser evitadas en su totalidad, ya que implican un retroceso en el avance de una persona que padece de una enfermedad mental que deriva en mayor exclusión social e inhabilitación<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Estas consecuencias mencionadas se hacen evidentes en un testimonio de un paciente del hospital Vilardebo al plantear: "Imagínate lo que significa para una persona para la cual sus sí o sus no depende de otra persona que está sentada detrás de un escritorio, que puede determinar que vuelva a estar internada. Se crea un pánico. Llega un momento en que la persona tiene que ir al psiquiatra y se genera un pánico... Es un día muy especial. Podes tener la idea de que vas a escuchar la palabra que te salve la cabeza o podes encontrarte con un cero pelota que te dice toma esta pastilla" (Adhemar, extraído de Techera, Apud y Borges, 2009:84).



Por otro lado, se entiende que sucedía lo que lo que Foucault (2002) concibe en *Vigilar y Castigar*.

En esta línea para el autor el peso en la modernidad cae en la corrección de las desviaciones, para ello se realizan elementos de disciplinamiento y encauce de los descarrilados, es en este contexto donde surge el manicomio y la psiquiatría en donde el enfermo es vigilado y castigado en todas sus acciones, en sus sentimientos, en su cuerpo.

“Se dirá: la prisión, la reclusión, los trabajos forzados, el presidio, la interdicción de residencia, la deportación —que han ocupado lugar tan importante en los sistemas penales modernos— son realmente penas "físicas"; a diferencia de la multa, recaen, y directamente, sobre el cuerpo. Pero la relación castigo-cuerpo no es en ellas idéntica a lo que era en los suplicios. El cuerpo se encuentra aquí en situación de instrumento o de intermediario; si se interviene sobre él encerrándolo o haciéndolo trabajar, es para privar al individuo de una libertad considerada a la vez como un derecho y un bien. El cuerpo, según esta penalidad, queda prendido en un sistema de coacción y de privación, de obligaciones y de prohibiciones. El sufrimiento físico, el dolor del cuerpo mismo, no son ya los elementos constitutivos de la pena. El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos. Y si le es preciso todavía a la justicia manipular y llegar al cuerpo de los justiciables, será de lejos, limpiamente, según unas reglas austeras, y tendiendo a un objetivo mucho más “elevado” (Foucault, 2002:9).

En este sentido ya no es el cuerpo objeto de penalidad, plantea Foucault “¿sobre qué establece su presa? La respuesta de los teorizantes (de quienes abren hacia 1760 un periodo que no se ha cerrado aún) es sencilla, casi evidente. Parece inscrita en la pregunta misma. Puesto que ya no es el cuerpo, es el alma”. (Foucault, 2002:13).

En el siglo XIX, si bien, la lepra como enfermedad ha originado rituales de exclusión que dieron lugar en alguna medida al encierro, la peste ha significado la aplicación de esquemas disciplinarios, en este sentido “Para hacer funcionar de acuerdo con la teoría pura los derechos y las leyes, los juristas se imaginaban en el estado de naturaleza; para ver funcionar las disciplinas perfectas, los gobernantes soñaban con el estado de peste” (Foucault, 2002: 120).

El espacio de la exclusión era simbólicamente el del “leproso” pero allí se ubicaban además a los mendigos, vagabundos, violentos y locos, todos estos eran su población real.

" (...) el asilo psiquiátrico, la penitenciaría, el correccional, el establecimiento de educación vigilada, y por una parte los hospitales, de manera general todas las instancias de control individual, funcionan de doble modo: el de la división binaria y la marcación (loco-no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.). De un lado, se "apesta" a los leproso; se impone a los excluidos la táctica de las disciplinas individualizantes; y, de otra parte, la universalidad de los controles disciplinarios permite marcar quién es "leproso" y hacer jugar contra él los mecanismos dualistas de la exclusión. La división constante de lo normal y de lo anormal, a que todo individuo está sometido, prolonga hasta nosotros y aplicándolos a otros objetos distintos, la marcación binaria y el exilio del leproso; la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, hace funcionar los dispositivos disciplinarios a que apelaba el miedo de la peste" (Foucault, 2002:121).

Contemplando lo expuesto es que se puede considerar que la exclusión del enfermo mental ha existido de diversas formas en el devenir histórico junto con la transformación de la visualización de la enfermedad mental desde la Edad Media hasta la actualidad.

En este sentido "...el hospital psiquiátrico es hijo de la modernidad, y consistiría entonces, por un lado, en una forma de exclusión que aísla los "focos infecciosos" (Techera, Apud y Borges, 2009:37). Y simplemente los aísla ya que fue la única estrategia de atención a la enfermedad mental en ese entonces.

Es importante visualizar como el Trabajo Social ha intervenido en función de las necesidades de cada época, es decir el "...Trabajo Social apuntaba a la justificación de las relaciones dadas, al disciplinamiento, al ejercicio del control social, a la naturalización y legitimación de las desigualdades de la sociedad. Su legitimación como profesión estuvo ligada las necesidades de un Estado que debía mantener el "orden social" (Amico, 2005:31).

Es relevante contemplar que esa exclusión se ha ido transformando, no es la misma exclusión social ni tan evidente la actual que la que se daba en la Edad Media no sólo porque la sociedad cambió o su discurso sino que también en la actualidad cambian las estrategias de intervención, o mejor dicho, se proponen otras alternativas como estrategias diferentes a la hospitalización.

En este sentido, "Si algo político de conjunto está en juego en torno de la prisión, no es, pues, saber si será correctora o no; si los jueces, los psiquiatras o los sociólogos ejercerán en ella más poder que los administradores y los vigilantes; en el límite, no existe siquiera en la alternativa prisión u otra cosa que la prisión" (Foucault, 2002:187).

El CNRP surge como una de las estrategias para intervenir en la enfermedad mental impulsada por una reforma que apostaba a la desinstitucionalización de la enfermedad mental.

Pero este centro ha ido evolucionando en la historia a lo largo de la misma y para poder adentrarnos a la actualidad, es necesario realizar una revisión de sus inicios y algunos de los momentos institucionales importantes, esto acompañando de una breve reseña de lo que sucede a nivel internacional en el transcurso del tiempo.



### **La historia del CNRP**

Se realizará un breve recorrido histórico del Patronato del Psicópata y el CNRP con el fin de desembocar en la actualidad con conocimiento de causa para poder analizar el concepto de rehabilitación actual de la institución.

El 9 de noviembre de 1948 se crea por ley 11.139 el Patronato del Psicópata a través del Poder Legislativo (cámara de Senadores y Representantes en Asamblea General). Dicha ley es importante para la salud mental ya que tiene como finalidad el bienestar de los enfermos mentales.

Se decreta en el artículo 1 de dicha ley que las finalidades del patronato serán: 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 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, tramites 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 pueden 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.

Contará con una Comisión Honoraria quien será la encargada de dirigir el Patronato del Psicópata y estará integrada por 15 miembros. Dicha comisión designará los miembros que la integrarán y la jerarquía de los mismos. Además proyectará un Reglamento interno que someterá a la aprobación del MSP (ley 11.139, en el año 1948, artículo 2). Dicho reglamento se estableció finalmente en 1969 repartido número 3745, decreto 3593.

En el año 1965 el Presidente de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata el Dr. Alberto Martínez Visca propuso la creación de un "hospital diurno". Se define al mismo como un "régimen que permite, con el aporte de la moderna terapéutica, tratar numerosos enfermos sin segregarlos de la vida familiar y social y sin necesidad de ocupar camas del Hospital" (Extraído de sitio web<sup>12</sup>).

---

<sup>12</sup> <http://www.rehabilitacioncncrp.org/>, consultado el 22/04/13.

En este sentido se propone la rehabilitación como repuesta a la enfermedad mental pero sin la necesidad de que exista la internación, hospitalización obligatoria en el PNSM (paso número 1 en el proceso de rehabilitación). Pero ¿qué rehabilitación se propone?

En post de la rehabilitación se crea en marzo de 1971 bajo la dependencia del Patronato del Psicópata el CNRP. Los objetivos específicos serán los detallados en el artículo dos del decreto 117/971. Tales son: "A) Todo lo concerniente a los mecanismos y a los medios destinados a conseguir la aceptación integral del paciente psíquico por su medio social. B) La acción del Centro que se crea servirá a los pacientes cualquiera sea su edad. C) Será cometido de este centro, lograr una unificación, sistematización y planificación, con carácter nacional, de todo lo que se refiere al tema de Rehabilitación".

En 1972 comienza a trabajar el CNRP bajo la Dirección del Dr. Alberto Martínez Visca, pionero de la rehabilitación extra-hospitalaria del enfermo mental en el Uruguay. Por el Decreto número 7293 se crea la Escuela de Terapia Ocupacional Psiquiátrica "la que dependerá del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, que proyectará la organización y el funcionamiento de la misma".

Anteriormente el 29 de noviembre de 1968 se decreta la Ley N° 13.711, de Diagnóstico de Retardo Mental, la misma declara obligatoria su denuncia ante el MSP para su inscripción en un registro específico. Su artículo número 5 determina que se duplica el monto de la asignación familiar para los beneficiarios con dicho diagnóstico que estén inscriptos, haciéndolo extensivo a otras formas de invalidez (incluyendo las mentales) si impiden su incorporación a todo tipo de tarea remunerada.

En el artículo número 7 se establece que: llegado el menor a la mayoría de edad, si su trastorno continuará comprometiendo su capacidad civil, "los parientes allegados o el Ministerio Público adoptarán las providencias previstas por el Título XI del Código Civil". Es de destacar que dicha ley garantiza el secreto del registro (artículo número 4), y se prohíbe la divulgación de datos personales referentes a las inscripciones efectuadas, salvo con fines de investigación o docentes (artículo número 5).

En Octubre de 1969, por resolución N° 2624, el Poder Ejecutivo reglamentó la Ley N° 13711, que decreta que el Patronato del Psicópata llevara el Registro del Retardo Mental y otras invalideces contenidas en la misma, esta función se centraría en Montevideo en la



Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, y en el interior en quienes designara ésta, o las Comisiones Delegadas cuando se constituyeran.

Dos años antes de que ocurriera esto en Uruguay (1959) debuta el término anti psiquiatría<sup>13</sup> con David Cooper, R. Laing y F. Basaglia a nivel internacional.

El movimiento de la anti psiquiatría propone una alternativa respecto al tratamiento psiquiátrico convencional, por ende, ante las prácticas como la lobotomía, leucotomía, electroshock y medicación con nuevas drogas como clorpromazina, prácticas propias de la psiquiatría convencional.

Avanzando en el tiempo, en los '70 el movimiento anti psiquiátrico estuvo implicado en limitar estas prácticas entendidas como maltrato.

En este clima de controversia y lucha por una alternativa en el trato de la enfermedad mental el movimiento de derechos gay increpó la catalogación de la homosexualidad como una enfermedad mental. Entre 1973 y 1974 la Asociación Psiquiátrica Americana decidió eliminar la condición como categoría de enfermedad del D.S.M. IV. Este último "...unifica diagnósticos a través de un mismo léxico para todos: una conquista indudable. Pero el diagnóstico multiaxial que en él se propugna no debe hacernos caer en la perversión que conlleva toda rutina, a saber, la de considerar suficiente "situar" al paciente en el marco de una determinada rubrica..." (Del Pino en García, Espino, Lara, 1998: XIV, prólogo). Esto demuestra con claridad la relatividad de etiquetar a una persona a pesar de las consecuencias atroces que puede generarle a un ser humano.

Mientras tanto y en nuestro país, en 1974 se crea el taller Protegido, por ser necesaria la existencia de "una estructura que a nivel extra-hospitalario brindase una eficaz reinserción a la comunidad mediante una etapa transitoria de carácter laboral (...) aportando con su funcionamiento una experiencia donde el 'operario-cliente', adquiere la práctica necesaria para una integración total a una sociedad que exige un grado de capacitación y conocimiento para ingresar al medio laboral competitivo" (Extraído de sitio web<sup>14</sup>).

---

<sup>13</sup> "La anti psiquiatría tuvo sus orígenes en las ideas originales y prácticas heterodoxas de psiquiatras como R. Laing, F. Basaglia, D. Cooper y otros, quienes propulsores de la psiquiatría comunitaria, cuestionan la existencia de las instituciones psiquiátricas y sus prácticas existentes -instituidas-" (Amico, 2005:53)

<sup>14</sup><http://www.rehabilitacioncrp.org/> , consultado el 22/04/13.



En marzo de 1984 se aprueba la Ordenanza N° 13/84 del MSP para el Programa de Asistencia Familiar de Alienados, regla dirigida a modificar la reglamentación (la citada Ordenanza N° 211) del servicio centrado en las Colonias.

En 1986 es aprobado, como se mencionó anteriormente por el MSP el PNSM, elaborado por un movimiento en salud mental de amplia participación luego de la apertura democrática. El Plan "incorporó la Psiquiatría a la concepción sanitaria de Salud Mental, descentralizando la atención en todo el territorio nacional, y centró la base en la Atención Comunitaria de los Enfermos Mentales, dejando de ser el Hospital Psiquiátrico o el Sanatorio el uso primordial". Una de las direcciones del Programa apunta al desarrollo de nuevos modelos de asistencia a los usuarios.

En relación con lo anterior, a nivel internacional, un año antes, en 1985 se desarrolla la reforma psiquiátrica en España, donde el cambio principal está asociado a la desinstitucionalización de las personas que padecen problemas de salud mental. Lo que sumado a las reformas del Estado se suma a la desprotección social del Estado Español.

En Uruguay en 1989 la Ley 16.095, denominada "Equiparación de oportunidades para las personas discapacitadas", decreta la creación de la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado. La finalidad es brindar cobertura nacional en el área de la rehabilitación psicosocial. Se crean también las Comisiones Departamentales Honorarias del Discapacitado, y se prevé la existencia de Comisiones Regionales y Subcomisiones locales, para efectivizar la aplicación de los programas formulados por la Comisión Nacional y evaluar la ejecución de los mismos (8). A nivel del interior del país, el MSP proporciona a cada Centro Departamental los técnicos del Equipo de Salud Mental.

"En el continente sudamericano el panorama asistencial pasa por cambios sustanciales a partir de la década de 1980, una vez restablecidas las democracias. Surgen así las reestructuras en el área de la asistencia psiquiátrica y su legislación gracias a la utilización de recursos innovadores conforme a las características de cada lugar; en muchos casos, la clave de los resultados estuvo en la inclusión de personas desvinculadas a la salud mental. Es importante destacar el papel que tuvieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundamentalmente a partir de la declaración de Caracas en 1990" (Larrobla, 2007:126).

Todas las transformaciones a nivel nacional fueron albergadas en 1990 en la Declaración de Caracas, esto fue un hito en la historia de la salud mental en las Américas (González & Levav 1991) ya que los objetivos principales -que sus suscritores se implicaron a promover- fueron la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital y la lucha contra los abusos y discriminación del que son víctimas las personas con problemas de salud mental, fueron albergados como las primordiales metas de todos los movimientos de reforma de salud mental sucedidos en América Latina y el Caribe a partir de esta década (Almeida, 2007:1).

Tal reestructuración de la atención psiquiátrica albergó todos los cambios comenzados en la atención a la enfermedad mental iniciados en nuestro país, lo que incluye la creación del CNRP en 1971, que comparte con la Declaración de Caracas de la década del 90 el objetivo de la atención de la salud mental desde un modelo no-asilar, es decir, rehabilitación extra-hospitalaria.

Esta rehabilitación extra-hospitalaria mencionada en el párrafo anterior se vincula directamente con el CNRP ya que es creado como alternativa a la internación ante el padecimiento de una enfermedad mental.

### **CNRP hoy:**

#### **¿Cuál es la misión y visión del centro? y ¿con que objetivos se trabaja?**

La misión en el CNRP es: “la rehabilitación de los pacientes psiquiátricos (de todas las edades y a nivel nacional), para incrementar la capacidad de dichas personas de desempeñar las habilidades emocionales, intelectuales y físicas necesarias para elegir, obtener y mantener un rol útil y satisfactorio en la sociedad a la que pertenecen. Para ello se debe fomentar su autonomía y apuntar a la reinserción ocupacional. Debe ser un servicio sustentable social, laboral y económicamente, con firmes bases solidarias, humanas y técnicas; que funcione en red para maximizar los recursos ya existentes y no repetir esfuerzos” (Extraído de sitio web<sup>15</sup>).

La visión del CNRP es: Disponer de un “camino” de cobertura integral de los déficits del enfermo psiquiátrico, de los recursos, de su familia y de su entorno. Este “camino completo y continuo” debe ir progresando, en la dirección de una igualdad de posibilidades y oportunidades. Los esfuerzos de las diferentes fuerzas de nuestra sociedad (dentro y fuera de la salud mental) tenderán a readaptar o capacitar de nuevo al paciente psiquiátrico, y así poder facilitar su integración real en las mejores condiciones posibles al lugar a donde pertenece; debe trabajarse con la comunidad a fin de evitar el estigma y una nueva institucionalización dentro de ella.

Esta orientación deberá ser conocida por las instituciones y autoridades que tengan relación con el CNRP, y compartida por cada uno de los integrantes de la institución en sí. Estos últimos se sentirán motivados y reconocidos por integrar una institución con la que se identifiquen, que demuestre espíritu de equipo, que los valore, que les permita capacitarse y participar en la capacitación de otros, lo que se verá reflejado en el trabajo diario con compañeros y pacientes, y en la actitud cotidiana dentro y fuera del CNRP. El CNRP se ocupará de planificar, unificar y sistematizar las acciones que surgen de su Visión, brindando una atención continuada, integral y con visión de futuro. Una visión de futuro sin acción es sólo un sueño; una acción sin visión de futuro carece de sentido”. (Extraído de sitio web<sup>16</sup>).

---

<sup>15</sup> <http://www.rehabilitacioncnrp.org/elproyecto.html>, consultado 22/04/13.

<sup>16</sup> <http://www.rehabilitacioncnrp.org/elproyecto.html>, consultado 22/04/13.



En cuanto a los objetivos del Centro, localizados en el sitio web mencionado el objetivo general del CNRP es:

“Desarrollar los servicios bajo la órbita del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, en beneficio de las personas que padecen trastornos psíquicos, sus familiares y la comunidad, en coordinación con los servicios públicos y privados vinculados al área, de acuerdo con el Programa Nacional de Salud Mental.

Los objetivos específicos son:

- 1.- Puesta en marcha de los Programas de Centro de Día y Taller Protegido, fomentando el diálogo y el desarrollo del espíritu de equipo, hacia una visión compartida.
- 2.- Fomentar la inserción social, familiar y ocupacional de los usuarios en rehabilitación.
- 3.- Evaluar, apoyar y promover el desarrollo de las experiencias de rehabilitación en el interior de la República.
- 4.- Coordinar con otras instituciones públicas y privadas relacionadas con la actividad del CNRP y su área de proyección, para optimizar recursos humanos, materiales y financieros.
- 5.- Avanzar en la unificación, sistematización y planificación a nivel nacional de la rehabilitación psíquica.”

## Tercer capítulo

### Concepto de rehabilitación del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica: propuesta rehabilitadora.

#### **Consideraciones metodológicas:**

Para comenzar el análisis pertinente es necesario plantear que se han hecho entrevistas a informantes calificados dentro de la institución para que sea posible conocer el concepto de rehabilitación que se pretende. La entrevista se le realizó a la Directora y Psicóloga del CNRP, a una Psiquiatra y a una Trabajadora Social del CNRP. De esta forma se realizaron entrevistas a personas importantes dentro de la institución y de cada una de las profesiones que conforman el grupo básico para el trabajo con la enfermedad mental en busca de la rehabilitación.

La entrevista consistió en realizar 4 preguntas breves y sencillas para obtener una respuesta que nos permita analizar la rehabilitación del CNRP, su concepto.

Es necesario para dar el marco pertinente al análisis hacer explícito que el CNRP es una institución, y que por lo tanto, los entrevistados integran dicha institución. Además cada entrevistado cumple una función dentro de la institución que tiene que ver con la profesión, trayectoria profesional y personal de cada uno. Por esto existen elementos que condicionan las respuestas a las preguntas planteadas.

#### **Líneas analíticas:**

Para el análisis se formulan tres líneas que intentan dar respuesta al objetivo planteado en el presente documento.

Estas son:

- ❖ Concepto de rehabilitación del CNRP.
- ❖ Rehabilitación: importancia de la sociedad.
- ❖ Actividades del centro en relación al concepto de rehabilitación.

### **Concepto de rehabilitación del CNRP**

Respecto al concepto de rehabilitación que tiene la institución, se determinó que no existe un concepto común definido y específico al que los todos profesionales y técnicos adhieran en relación con el trabajo que realizan en la institución. Esto, se considera de suma importancia, ya que la primera pregunta del cuestionario realizado tenía como objetivo conocer ese concepto común. Lo que, por ende, no pudo lograrse por el motivo ya mencionado.

Se identificó que existen tantos conceptos de rehabilitación como personas trabajan en el lugar, ya que cada una, desde profesión tiene un concepto propio de lo que es y significa la rehabilitación, esto íntimamente relacionado con el rol que tienen dentro de lo institucional.

Entonces, el CNRP no tiene un concepto de rehabilitación común sino que cada profesional que integra el equipo de trabajo tiene un concepto particular que tiene consensos y diferencias con los demás. Lo que se entiende que ha enriquecido la investigación y ha introducido nuevos elementos no tenidos en cuenta en un comienzo por un lado y por el otro puede ser cuestionable (ya que se esperaba un consenso y acuerdo para el trabajo con un mismo objetivo).

Es pertinente tener presente lo planteado en capítulos anteriores, a pesar de que no exista un concepto común la conceptualización de rehabilitación específica del CNRP está vinculada a un concepto que se produce en un momento histórico determinado que "define" y distingue lo que es normal de lo que no lo es. En este sentido la intervención del CNRP se enmarca dentro del mismo momento histórico.

La intervención, esta en relación constante con los *estilos, valores y organizaciones*<sup>17</sup> que una sociedad tiene para enfrentar las situaciones de la cotidianeidad. "...los cuidados en salud mental forman parte de los modos en que una sociedad concibe y trata a sus integrantes. Es decir, que no se encuentra separada de los valores que sustentan una sociedad, la economía, la ideología y la cultura" (Custo, 2008:22).

A pesar de que no se logró el objetivo, de las entrevistas se ha identificado un concepto de rehabilitación del CNRP, que traduce el trabajo, en fin, la respuesta institucional hacia el padecimiento de una enfermedad mental, esto ha enriquecido al documento.

---

<sup>17</sup> Extraído de Amico, 2002:23.



Para una de las entrevistadas "Como en todo equipo de trabajo se van articulando en forma dinámica las opiniones de los técnicos, eso siempre es por un lado una tensión en los equipos pero a su vez es fuente de enriquecimiento, ya que esa diversidad convoca a la reflexión y con ella a los cambios que en todo proceso de trabajo se van construyendo..." (Entrevistada número tres).

En relación a los concesos y particularidades de las entrevistadas se entiende que la rehabilitación como concepto está íntimamente relacionada con el ejercicio de ciudadanía. En este sentido, la rehabilitación habilita al ejercicio de los derechos ciudadanos. Con esto se hace referencia a derechos civiles, políticos y sociales.

Esto concuerda con cómo se ha trabajado la conceptualización de rehabilitación en el presente documento, contemplando a la ciudadanía como elemento principal y objetivo de la respuesta institucional (de todo el sistema de salud) al padecimiento de una enfermedad mental. Se entiende que a través de la intervención en la enfermedad mental se debe restaurar aquello que se ha "perdido" o les hemos "quitado" por padecer una enfermedad mental. En este sentido se hace referencia a los derechos ciudadanos.

La ciudadanía es considerada en tres dimensiones diferenciadas, la primera, como derechos civiles, políticos y sociales, esta posesión de derechos conlleva además una posesión de obligaciones. La segunda, como pertenencia a la comunidad política, lo que se vincula a la nacionalidad y a la vida pública de la comunidad. La tercera dimensión refiere a la ciudadanía como participación, en la que los derechos sean ejercicio (Villavicencio, García Raggio, 1995).

En este sentido, "Para Quiroga (1998) la idea de ciudadanía no debería designar tan solo la pertenencia de un individuo a un Estado en cuanto sujeto de derecho y de nacionalidad, sino también su pertenencia a múltiples formas de interacción social. El desafío que propone es pensarla, además desde la esfera de la sociedad civil, es decir, desde un lugar que ofrece oportunidades para la iniciativa y participación. Lo que esta en crisis es el sentido que tiene la ciudadanía como sistema de integración social, donde resulta necesario explotar otra concepción, mas inclusiva, entendida como el conjunto de derechos y prácticas participativas que se ejercita y opera tanto a nivel del Estado como de la sociedad civil, y que otorga a los individuos una pertenencia real como miembros de una comunidad" (Quiroga 1998 en Custo, 2008:40-41).



El concepto de rehabilitación que se ha identificado en las entrevistas además incluye otros elementos relevantes.

La rehabilitación para el CNRP podría decirse que es el acercamiento de una persona a una vida de ciudadano lo mas participativa posible en lo social conjuntamente con el bien estar subjetivo, esto es físico y social (siempre contemplando las particularidades).

En relación a lo subjetivo una de las entrevistadas plantea que "(...) es importante que este concepto se adecue a (...) ...las necesidades que cada persona tiene, o sea que se personaliza, este, la idea es que todos podemos tener una enfermedad psíquica y una vez que la tengamos podamos recibir el tratamiento que necesitemos y una vez lograda nuestra estabilidad clínica es importante restaurar aquello que nos permita tener un vida digna con las personas con las que compartimos la vida y dentro de eso desarrollar un proyecto de vida que no tiene por qué ser el anterior que la persona tenía antes de enfermarse, para eso bueno es importante trabajar sobre el concepto de enfermedad y de salud, como implícito en esa persona y de lo que es ser portador de una enfermedad crónica, qué implica eso y cuál es el precio que eso trae como consecuencia" (Entrevistada número uno).

En esta línea se considera que la rehabilitación es un proceso complejo en el que se conjugan muchos elementos internos y externos. Desde la institución se apunta al exterior en todo momento, el "adentro", las instancias dentro de la institución serían un ensayo que intentan dar nuevas herramientas para manejarse en el exterior, en la sociedad, en definitiva, en el entorno donde la persona desarrolla su vida.

Por esto la ciudadanía debe contemplarse como el ejercicio de derechos civiles y políticos, y además como la pertenencia en la sociedad (la tenencia y el ejercicio derechos sociales) que permitan y habiliten la "aplicación" de las herramientas adquiridas. En esta línea no tiene sentido dotar a las personas de nuevas formas de vincularse cuando no pueden hacerlo.

En este sentido una de las entrevistadas plantea: "...rehabilitación en el entorno donde la persona desarrolla su vida. Contrario a la institucionalización, uno de los errores más importantes en el manejo de la locura que la sociedad ha tenido. Se intenta a través de todos estos procesos, que vamos construyendo, ir modificando. De la institucionalización total a ir cada vez más disminuyendo aquellos anclajes institucionales para el trabajo con



estas personas y en entorno. A una vida de ciudadano con determinados derechos y obligaciones" (Entrevistada número tres).

Se propone el incluir el bienestar subjetivo en el mismo nivel que la participación social, civil y política, en este sentido, al mismo nivel y con la misma importancia que la ciudadanía (mencionada en los mismo términos que en el capítulo número uno del presente documento).

Lo que se relaciona y se alimenta mutuamente ya que la participación social, civil y política nutre el bienestar subjetivo y este a su vez influye en la participación de lo social, cultural y político.

"...el proceso en el cual los sujetos aprehenden la realidad y se esfuerzan en su transformación constituyéndose en un sujeto sano, abierto a los cambios subjetivos, creando y resignificando sus proyectos y organizaciones, y en esa lucha social por la conquista de sus derechos, a una ciudadanía plena, favorece el bienestar y en su efecto a la salud mental" (Custo, 2008:38).

En esta línea las entrevistadas proponen algunos elementos como imprescindibles a tener en cuenta en la conceptualización de rehabilitación. Lo que se destaca es la importancia que le dan al entorno social y familiar como parte de la rehabilitación y al "afuera" como lo que es, el mundo real donde las personas desarrollan su vida cotidiana. El centro sería definido como un "escenario", si se quiere mencionar así, donde las personas aprehenden determinadas herramientas en relación sus formas de vincularse con sí mismo y con el mundo exterior.

En este sentido, "Se realiza un plan individual, inicial, de rehabilitación en consonancia con la persona, su entorno mediato sea la familia, sea una persona cercana sea aquel referente fuera de la institución capaz de llevar adelante el objetivo con esa persona" (Entrevistada número uno).

Se entiende que la rehabilitación debe generar integración social, y que los programas que la componen "tienen como objetivo dotar a los pacientes de las habilidades y las competencias psicosociales para interactuar de forma autónoma en sociedad. Es evidente que el modelo manicomial aislaba la gran parte de las personas que padecían TMG [Trastornos Mentales Graves] concentrándolas en instituciones apartadas del resto del



sistema sanitario, impidiendo que el modelo rehabilitador adquiera su verdadera potencialidad (Vizeu, 2005 en Mácias, 2010:122).

Ir por el camino que propicia el empoderamiento de las personas a través de la participación implica la toma de decisión. No sólo fomenta el pleno ejercicio de la ciudadanía sino que además contribuye a generar mayores niveles de inclusión social ya que permite que formen parte de un espacio dónde se pueden crear nuevas significaciones de sí mismos, formas expresivas y redes sociales.

En consonancia con esto, en una Conferencia, Hugo Cohen (2001) plantea que: “En la medida que seamos capaces de producir instancias de rehabilitación insertas en la cotidianeidad de los individuos, donde viven, donde trabajan, donde estudian, más cerca estaremos de poder ayudar a la rehabilitación. Se debe proveer de instrumentos que le permitan a la persona vivir en sociedad, insertándose en forma efectiva” (Cohen, 2001:8).

La inclusión del entorno más cercano del que padece la enfermedad mental es fundamental, ya que, y en consonancia con lo planteado en capítulos anteriores, la enfermedad mental no debe ser visualizada ni comprendida como un fenómeno aislado e individualizado sino que debe ser concebida en relación a un entorno y por ende se debe intervenir en la misma desde esa concepción y visualización.

“El paciente enfermo es muchas veces la punta de un iceberg de situaciones familiares conflictivas, un emergente de problemas que encuentran su camino a través de la crisis. Estas crisis tiene como telón de fondo conflictos afectivos, con fuertes ambivalencias, roles rígidos y estereotipados, conflictos, delegaciones y aspectos de violencia familiar que se presentan con un desenlace agudo o crónico” (Amico, 2005:55).

### **Rehabilitación: importancia de la sociedad**

Esta línea analítica surge en relación con la anterior, en este sentido en relación con el concepto de rehabilitación que tiene el CNRP ya que uno de los elementos fundamentales en la conceptualización es la importancia del exterior en los procesos personales.

En el punto anterior se analiza que en el concepto de rehabilitación tiene un papel protagónico el afuera. Ahora, ¿a qué se hace referencia con el afuera? Se hace referencia al mundo real, al lugar donde se desarrolla la vida de las personas en relación con otros, a la sociedad.

En esta línea, no solo se debe preparar a las personas y sus familias para que logren una inserción comunitaria sino que también se debe trabajar con la comunidad para que habilite dicha inserción.

Esto con la finalidad de que se habiliten espacios para que las personas que padecen alguna enfermedad mental puedan participar y a partir de esto se puedan contemplar determinadas situaciones desde el afuera que ayuden a sostener los procesos iniciados en el "adentro institucional".

En esto de la vinculación con el "afuera", son importantes ambas aristas. La de dotar a las personas portadoras de una enfermedad mental de herramientas para que puedan insertarse en el "afuera" y por otro lado la de dotar al "afuera" (se hace referencia a instituciones, comunidades, en fin a las personas) de herramientas para incluir a los, muchas veces, marginados y excluidos.

En la entrevista se plantea "(...) en esto queda mucho por andar y no va a ser fácil que esto ocurra. Pero yo creo que es muy importante y falta también a nivel de medios de comunicación de...de bueno...trabajar con distintas instituciones donde ellos puedan trabajar estudiar y participar a nivel social y también a nivel familiar ¿no?, este... sé que realmente ellos puedan tener una participación dentro de sus casas de otras formas si bien desde acá se realiza un trabajo en esto" (Entrevistada número dos).

En esta línea se entiende que "La rehabilitación tendría que apuntar a ofrecer los recursos necesarios para que las personas logren superar sus limitaciones, incapacidades y dificultades en el cuidado de sí misma (...) Los centros deberían funcionar como puentes reales entre la internación y reincorporación de los internados a las dinámicas de la

comunidad. También contar con programas de apoyo (económicos, de vivienda, psico terapéuticos, recreativos, etcétera) y de seguimiento que garanticen oportunidades reales” (Techera, Apud y Borges, 2009:117).

La importancia de la vinculación con el “afuera” radica en “abrir” espacios de comunicación con la comunidad que permita a la familias no caer en condiciones de pobreza ya que estudios indican que la presencia de una persona portadora de un trastorno mental en la familia produce un fuerte impacto económico.

“En general, en familias de bajo nivel socioeconómico, los costos para los cuidados suministrados son muy altos, teniendo en cuenta que el enfermo mental, en la mayoría de los casos, no es económicamente activo e independiente” (Amico, 2005:56).

A partir de esto es necesario poder establecer puentes o conquistar espacios de participación en donde las personas que padecen problemas de salud mental puedan ser independientes y participen de una vida social como cualquier otra persona. En este punto se le da fundamental importancia a lo planteado en la cita anterior, a la necesidad de que existan programas de apoyo que habiliten a las personas a tener oportunidades reales.

Se hace necesario un trabajo hacia adentro (con los pacientes) y un trabajo hacia “afuera”, con la sociedad. Surge la interrogante ¿Cómo se hace esto?

Por ejemplo, el CNRP, en relación al trabajo hacia “afuera” incorpora personas a su labor que no están relacionadas necesariamente con personas que padecen problemas de salud mental (como profesores que comenzaron a participar de CODICEN).

De esta manera se interviene a través de la vinculación en la visibilización que se tiene de estas personas y se “ataca” en cierta medida las *ultrageralizaciones* propias de la vida cotidiana y del *manejo grosero de lo singular* que se requiere dentro de la misma (Heller, 1929:61).

La teoría desarrollada por Heller es relevante para entender lo que se intenta realizar desde el CNRP.

Para Heller “La vida cotidiana es la vida de *todo* hombre. La vive cada cual, sin excepción alguna, cualquiera que sea el lugar que le asigne la división del trabajo intelectual y físico (...) La vida cotidiana es la vida del hombre *entero*, o sea: el hombre participa en la vida



cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad” (Heller, 1929: 39).

Continuando en esta línea, la característica dominante de la vida cotidiana es la *espontaneidad*, la misma es una tendencia que se adquiere por la repetición de actividades y la regularidad. En la vida cotidiana el hombre actúa basándose en la *probabilidad* “Nunca es posible calcular con seguridad científica la consecuencia posible de una acción. Ni tampoco habría tiempo para hacerlo en la múltiple riqueza de las actividades cotidianas. Pero tampoco es necesario...” (Heller, 1929:56).

Por lo anterior lo que caracteriza el pensamiento cotidiano es la *ultrgeneralización* o *generalización excesiva*. En este sentido “los juicios provisionales (y los prejuicios) son meros ejemplo particulares de ultrageneralización. Pues es característico de la vida cotidiana en general *el manejo grosero de lo “singular”*” (Heller, 1929:61-62).

Entonces, de a poco, permite que las personas puedan tener otra forma de visualizar la enfermedad mental y en cierta medida “obliga” a que los procesos sociales y específicamente la enfermedad mental se piense con toda la complejidad que la produce y reproduce.

“Detrás de una conducta enferma habrá un conflicto social, porque detrás de toda conducta anormal o desviada subyace una situación de conflicto de la que la enfermedad será un intento de resolución para la adaptación al medio. Desde esta perspectiva, es en las causas sociales donde debe buscarse también la génesis de las enfermedades mentales, al menos en aquellos casos donde no es claramente visible una lesión orgánica. La sociedad sería entonces corresponsable de que sus miembros adquieran distintos tipos de perturbaciones” (Amico, 2005:86).

### **Actividades del centro en relación al concepto de rehabilitación**

A lo largo del documento se ha manejado la idea de que del concepto de rehabilitación que se tenga depende la rehabilitación que se promueva, en otras palabras, del concepto de rehabilitación que se tenga deriva la intervención en el fenómeno. Por esto se ha realizado un recorrido sobre cómo la enfermedad mental se ha visualizado y cómo se ha intervenido en la misma a lo largo de la historia.

Parece claro, entonces, que el concepto de rehabilitación, en este sentido y en el CNRP, está en consonancia con las actividades que se realizan en torno a la rehabilitación.

Se pretendía poder conocer las propuestas (actividades) que existen para cada usuario o potencial usuario, pero en realidad se obtiene algo más completo y elaborado de las entrevistas.

La respuesta institucional al padecimiento de una enfermedad mental desde el trabajo en el CNRP es, en palabras de una de la entrevistadas, "criterio de realidad". Este concepto se considera interesante y amplio, por ello es necesario incluir a que hace referencia, refiere a:

"...participación, escucha, interacción, nuevas formas de relacionarse, información, incentivo, estímulo y tolerancia con todo lo que ello conlleva siempre mirando el afuera, lo social, "que los procesos internos sirvan para replicarlos en el afuera" (Entrevistada número uno).

En relación a lo anterior lo que se realiza desde el centro en post de la rehabilitación es muy difícil de puntear ya que, lo que se les da es la oportunidad de ser nuevamente personas con derechos y obligaciones y en relación con los demás. En este sentido se les dan criterio de realidad (por ejemplo dentro de los espacios de asamblea).

"Entonces, una asamblea... que coordina varias técnicas de distintas profesiones, para que, ahí lo que intentamos es, además que funcione de pronto como una asamblea como en otros lados, es que empiece a funcionar un nivel de comunicación a los que ellos no están acostumbrados, a que si vos fuiste estudiante fuiste asambleas, gente que trabaja y forma parte de un gremio fue a asamblea o capaz que ellos en algunos momentos también, te permite aprender a escuchar, volver a aprender a escuchar, tolerar la espera de cuando uno pide la palabra, tolerar que pasen de un tema a otro cuando hay alguien que quiere decir otra cosa, intercambiar información ya sea de lo que pasa en el mundo y de lo que pasa en



la vida de ellos para el mutuo enriquecimiento, bueno ¿Qué hiciste el fin de semana? Bueno fui a jugar al fútbol, mire películas, pude hacer una torta, entonces eso dicho en el grupo alimenta mutuamente la iniciativa en otro momento, intercambio de información de actividades como para que pueda motivar, vos me decís de pronto, vos decís algo y en algún momento puede generar eso, está bueno tal vez el próximo fin de semana puedo. Eso de intercambio de información, esperar, escuchar, por ejemplo...” (Entrevistada número dos).

En donde, para una de las entrevistadas, se va “amasando” la realidad como una construcción colectiva, la que es importante cuidar. Que no se rompa el parámetro de realidad construido, que en relación a la locura, es fundamental.

En este sentido, se intenta relacionar a las personas que padecen una enfermedad mental con la realidad, intentando que mantengan una relación dialéctica con el medio.

Como ya lo mencionamos anteriormente, Pichón Rivière en este sentido plantea que una persona se considera sana en la medida que mantiene un *interjuego dialéctico* con el medio que lo rodea y no una relación caracterizada como *rígida, pasiva y estereotipada*.

“En verdad todas las partes pueden coexistir y englobarse dentro en este caso de una asamblea pero también puede ser en un taller de expresión, en el comedor, como distintas estrategias que apuntan a sostener esa unidad interna- externa, y entre todos la realidad” (Entrevistada número uno).

A través de la participación activa en espacios públicos y culturales las personas que padecen una enfermedad mental son capaces (en cierta medida) de apropiarse de esos espacios, desarrollando así un sentimiento de pertenencia. También habilita a que transiten por distintas experiencias que les proporcionen herramientas que posibiliten la toma de decisiones con mayor autonomía y libertad. Continuando en esta línea de pensamiento y siguiendo a Becerra Laguna (material extraído de CD que fue proporcionado por la biblioteca del CENFOREST) la participación es una actividad dadora de sentido y gratificante en sí misma, que propicia el desarrollo del valor personar y el auto-respeto. Además genera sentido a partir de la defensa de una posición propia y contribuye en el logro de metas a través de la acción colectiva.

Participar es una vía a través de la que se hace posible vencer el aislamiento, por medio de la sociabilidad, de la identidad colectiva y de la seguridad que se obtienen por compartir con



un grupo valores, creencias, vivencias y opiniones. A través de la misma se fomentará la libre expresión de pensamiento y la libre asociación, se estimula el respeto a la diversidad y por lo tanto es una actividad que pugna por la no discriminación (presente hacia la enfermedad mental) y por ende por la *inclusión social*.

Continuando con esta línea, en el CNRP se realizan diversas actividades dentro de cada "plan" de rehabilitación de los usuarios. El último se adapta a las características de la persona, básicamente para que pueda perdurar en el tiempo y estimule que se comiencen a participar del espacio.

En palabras de una de las entrevistadas " (...) Ahí tenes que hacer como coincidir, que un gran arte del equipo de ingreso que evalúa a esa persona, que es como un mundo desconocido y a partir de esa valoración primaria podes programar ese plan de rehabilitación con objetivos a mediano, a corto, mediano y largo plazo. Si bien se hace como coincidir el proyecto con un determinado programa y dentro de ese programa ir escalonando su participación en función de intereses para que la persona pueda asistir (...) eso no quita que hoy o mañana hayan cambios en el programa y apostar al afuera que es el objetivo mayor. Que esto sirva para después replicarlo en el afuera. ¿No? El trabajo, estudio, lo más cercano al funcionamiento de cualquier otra persona" (Entrevistada número uno).

Mas allá de las actividades concretas que el centro tiene para sus usuarios<sup>18</sup>, el CNRP responde a la demanda de rehabilitación otorgando la posibilidad de participar en un espacio que tiene en cuenta sus pensamientos, sus sentimientos y los orienta en relación a un proyecto de vida.

Se propone como un espacio de práctica de determinadas habilidades y de desarrollo de potencialidades. Además "obliga" a estar en relación con otras personas, lo que potencia y puede estimular en varios aspectos a las personas. "...la salud no se produce en las instituciones sanitarias, sino en los espacios cotidianos donde hombres y mujeres producen y reproducen la salud y la vida. Una concepción integral de la salud involucra a las personas y su entorno; considera las relaciones y los vínculos entre ellas y su cotidianeidad" (Fernández, 2009: 22).

---

<sup>18</sup> Se hace referencia a los diferentes talleres, asambleas y programas de re-inserción laboral.

## Conclusiones finales

Es fundamental tener presente que la respuesta institucional se indagó dentro de la institución, y las personas entrevistadas son claves en la institución por el rol que ocupan. Esto es destacable ya que las personas indagadas responden sobre su propia tarea cotidiana en el centro.

A nivel general se observó que:

La pregunta en la que se tienen mayores dificultades al responder es la número dos (¿Qué hace el centro en función del concepto de rehabilitación?). Dicha pregunta se considera sustancial para el análisis ya que más allá de la conceptualización que se pueda tener, la rehabilitación es lo que se hace (actividades que el centro ofrece) por la misma desde el centro y las alternativas que existen para alcanzarla como objetivo del usuario.

Esta pregunta apostaba a conocer las actividades que el centro tiene frente a las demandas de los usuarios, sin embargo, las entrevistadas se extendieron sobre lo que hace el centro en relación a lo comunitario y social porque la rehabilitación se entiende de esta forma, hacia afuera como objetivo último. Esto no fue previsto se esperaba que las entrevistadas se expresaran en las actividades que el centro ofrece, por esto se re preguntó y se intentó obtener esa información esperada.

Se entiende que la pregunta central en esta investigación es la 1, la que pide el concepto de rehabilitación del CNRP. La pregunta dice: ¿Cuál es el concepto de rehabilitación que manejan en el CNRP?, el supuesto que esta pregunta tiene es que hay un concepto de rehabilitación del CNRP para el trabajo cotidiano.

En la respuesta se evidencia claramente que no existe un único concepto de rehabilitación, no un concepto aceptado común, que es a lo que apunta la pregunta. Lo que interfiere directamente con el objetivo del presente documento.

Dicho objetivo se considera que, de la forma que está planteado, no es alcanzado. Este consta en conocer el concepto de rehabilitación que tiene el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica (CNRP) dirigido a personas que padecen problemas de salud mental grave. En este sentido, se identifican los conceptos que "determinan" las acciones



que el centro realiza, es decir, los conceptos que en gran medida direccionan la respuesta institucional. Esto último de gran importancia para conocer la rehabilitación como concepto.

Sin embargo, la diversidad de conceptos de rehabilitación abre un abanico de posibilidades y cuestionamientos que no serian posibles si existe un concepto bien definido y que debiera en ese sentido ser acatado por todos los profesionales que allí trabajan. En este sentido se cree que acotaría la intervención que allí se realiza.

A través de las líneas analíticas elegidas para el análisis se obtiene que la institución trabaja desde el adentro (institución) hacia el adentro (usuarios del servicio institucional y sus familias o entorno cercano). Y desde el adentro (institución) hacia el afuera (sociedad), se hace referencia a la línea analítica 2, rehabilitación: importancia de la sociedad, y línea analítica 3, actividades del centro en relación al concepto de rehabilitación. Apostando a la inclusión real y compleja.

En este sentido, el concepto de rehabilitación se articula con lo que el CNRP realiza puertas adentro. Les da a los usuarios un espacio de dialogo y escucha, de interacción consigo mismo y con los demás usuarios, lo que abre un abanico de relaciones de suma importancia en torno al "criterio de realidad" y la participación.

Además el concepto de rehabilitación se vincula con el exterior, con la sociedad. Se trabaja con otros programas y espacios que habiliten la participación de personas que padecen problemas de salud mental, para que sea posible la reproducción de habilidades adquiridas en el "adentro institucional". Como se planteo anteriormente, no tiene sentido intervenir en la forma de vincularse cuando no se puede reproducir ya que no existen espacios que habiliten esas nuevas formas de vinculación y participación. Aquí es donde radica la importancia de la participación y la ciudadanía.

Dos conceptos se consideran fundamentales a la hora de hablar de rehabilitación, la participación y la ciudadanía. Tales fundamentales además para que sea posible la rehabilitación en salud mental.

En concepto de rehabilitación hacia el "afuera", la conexión que pueda establecer la institución con otras organizaciones e instituciones que permita a los individuos poder participar en otros espacios e integrarse a la sociedad desde otro lugar siendo reconocidos e incluidos.



Esto contrario a cómo la enfermedad mental ha sido tratada y atendida en otros momentos históricos, como la época de institucionalización y asilamiento. También se entiende que el hoy (en relación a la atención de la enfermedad mental) es posible por ese pasado y las luchas de grupos interesados en la temática o afectados por el trato de la misma y las consecuencias de las etiquetas. En este punto es necesario tener en cuenta que antes de la creación del PNSM no existía legislación en relación a la temática y además existían escasos recursos que apostaran a la rehabilitación real.

Antes del PNSM no existían intervenciones integrales y multidisciplinarias, se basaba elementalmente en la atención de consultorio. Con la lucha de los grupos interesados en la atención de la enfermedad mental se comenzaron a contemplar las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, enfatizándose en las acciones de promoción y prevención. Punto importante, que se reafirma con la creación e implementación del SNIS y que se fomenta con la atención de la enfermedad mental desde otros dispositivos no asilares.

La sociedad es un actor clave en la rehabilitación, ya que se necesitan espacios que habiliten el ejercicio de la ciudadanía y permitan la participación en el sentido amplio del concepto. Y fue un actor fundamental en relación a la creación e implementación de nuevos programas y prácticas que contemplan la ciudadanía y participación. La lucha de los grupos interesados ha sido de vital importancia para que hoy se pueda hablar de estas cuestiones, que eran inimaginables desde la realidad y prácticas del novecientos por ejemplo.

Se constata la importancia del concepto de rehabilitación que tiene la institución ya que esto determina y define las estrategias de intervención institucional, lo que resultó ser cuestionado ya que el CNRP no tiene un concepto único de rehabilitación sino que existen conceptos que se nutren mutuamente, teniendo dos elementos principales y comunes, el de la importancia del entorno social y del entorno familiar.

“Es importante tener en cuenta que en muchos casos las personas llegan al hospital psiquiátrico en situación de locura, pero permanecen “en la sala de espera” por situaciones de pobreza y desamparo social y familiar. En fin, por causas sociales y no psiquiátricas” (Amico, 2005:43).

Esto último porque la enfermedad mental se produce y reproduce en un contexto histórico, social y cultural que la construye como tal, en este sentido, no hay mejores palabras que las de Amico:

“Lo que más preocupa hoy no es solo la psicosis, sino también otras patologías, como la violencia, el alcoholismo, la drogadicción, la anorexia, la bulimia y la depresión. La cuestión social en estos tiempos nos reclama nuevas concepciones, otras prácticas para enfrentarla. Creo que la protección social del niño, adolescente, adulto y anciano, mediante el mejoramiento de las condiciones de vida, sería una forma viable de erradicar la vulnerabilidad a padecer trastornos mentales. Lógicamente, para alcanzar esos objetivos hacen falta políticas desde el Estado que contemplen carencias sociales. Por otra parte, deberían generalizarse en los centros de salud mental la implementación de nuevos abordajes terapéuticos en el tratamiento de la salud/enfermedad mental” (Amico, 2005:88).

En este sentido, la enfermedad mental como fenómeno social es parte de un conjunto de transformaciones sociales (cuestión social) que son consecuencia en gran parte del sistema económico. Como se ha planteado en el primer capítulo de este documento, se debe trabajar en base a la necesidad de un sistema de protección social que interfiera en el funcionamiento del mercado, en este sentido, que lo regule con normas y límites que permitan a las personas tener y mantener una vida digna en términos de justicia social y equidad. De esta forma se interviene en la vulnerabilidad que tiene las personas a padecer un trastorno mental, en esta línea, se interviene en post de no desacoplar el *mundo de la vida* de los ciudadanos.



## Cuarto capítulo

### Bibliografía

- ❖ **Aguirrez L.**, *Si digo derechos humanos...*, SERPAJ, Uruguay, 2007.
- ❖ **Amico L.**, *La institucionalización de la locura*, Espacio, Argentina, 2005.
- ❖ **Almeida, J.**, "Implementación de políticas y planes de salud mental en América Latina" en *Aspectos de salud mental* Revista de psiquiatría del Uruguay, volumen 71 número 2, 111:116.
- ❖ **Basaglia F.**, "Rehabilitación y control social" en **García R.**, *Psiquiatría, anti psiquiatría y orden manicomial*, Barral, España, 1975.
- ❖ **Bastide R.**, en **Techera A., Apud I. y Borges C.**, *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, CSIC- Universidad de la República, Uruguay, 2009.
- ❖ **Barran J.**, *La ortopedia de los pobres. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*, La banda oriental, Uruguay, 1994.
- ❖ **Benia w., Isabella F., Katzkowicz N., Yapor M.**, "ASSE en la reforma de la salud" en **Ministerio de Salud Pública**, *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Reforma de Salud- Uruguay saludable, Uruguay, 2008.
- ❖ **Bérgolo M., Olesker D., Oreggioni I., Pradere G.**, "Financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud" en **Ministerio de Salud Pública**, *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Reforma de Salud- Uruguay saludable, Uruguay, 2008.
- ❖ **Canguilhem G.**, *Acerca de algunos pensamientos relativos a lo normal y lo patológico*, siglo XXI, Argentina, 1943.
- ❖ **Cohen H.**, "Octavo principio: la idea de rehabilitación" en conferencia: *Principios de la salud mental comunitaria*, dictada por el por el día mundial de la salud el 18 de Abril del 2001.
- ❖ **Custo E.**, *Salud mental y ciudadanía (una perspectiva desde el trabajo social)*, Espacio, Argentina, 2008.
- ❖ **Del Pino**, Prólogo, en **García J., Espino A., Lara L.**, *La psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en la salud mental*, Inter-salud, España, 1998.
- ❖ **Documento de trabajo**, Facultad de Ciencias Sociales: Psicología general, sin dato.



- ❖ **Fernández B.**, *Complejidad social y salud mental*, CSIC-Universidad de la República, Uruguay, 2009.
- ❖ **Foucault M.**, *Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión*, siglo XXI editores, Argentina, 2002.
- ❖ **Garrido J.**, Prólogo, en **Ministerio de Salud Pública**, *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Reforma de Salud- Uruguay saludable, Uruguay, 2008.
- ❖ **Habermas, J.**, *Teoría de la acción comunicativa*, Taurus, España 1987.
- ❖ **Heller A.**, *Historia y vida cotidiana*, Grijalbo, España, 1929.
- ❖ **Larrobla, C.**, “Unidades psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años” en *Aspectos de salud mental* Revista de psiquiatría del Uruguay, volumen 71 número 2, 125-134.
- ❖ **Mirza, M.**, “Experiencias y desafíos de implementación de una nueva malla de protección social, el caso del plan de equidad” en **Serna, M. (coord.)**, *Pobreza y (des)igualdad en Uruguay: una relación en debate*, Clacso- FCS-Departamento de Sociología, Uruguay, 2010.
- ❖ **Moreira C.**, *Desarrollo, política y desigualdad en Uruguay: una perspectiva de largo plazo* en Serna, M. (coord.), *Pobreza y (des)igualdad en Uruguay: una relación en debate*, Clacso- FCS-Departamento de Sociología, Uruguay, 2010.
- ❖ **Palleiro E.**, en **Techera A., Apud I. y Borges C.**, *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, CSIC- Universidad de la República, Uruguay, 2009.
- ❖ **Pichón Rivière E.**, *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*, Nueva visión, Argentina, 1978.
- ❖ **Portillo A.**, “El sistema nacional integrado de salud en las políticas sociales del Uruguay en **Ministerio de Salud Pública**, *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Reforma de Salud- Uruguay saludable, Uruguay, 2008.
- ❖ **Quiroga H.**, “Democracia, ciudadanía y el sueño del orden justo” en **Custo, E.**, *salud mental y ciudadanía, una perspectiva desde el Trabajo Social*, Espacio, Argentina, 2008.
- ❖ **Rodríguez, J.**, *El Palimpsesto de la Ciudad: Ciudad Educadora*, Colombia, 1999.
- ❖ **Saidón O., y Troianovski P.** (compiladores), *Políticas en salud mental*, Lugar, Argentina, 1994.

- ❖ **Serna, M.**, “Pobreza y políticas de la pobreza: desafíos para la construcción de ciudadanía en el Uruguay contemporáneo” en **Serna M. (coord.)** *Pobreza y (des)igualdad en Uruguay: una relación en debate*. Clacso- FCS-Departamento de Sociología, Uruguay, 2010.
- ❖ **Techera A., Apud I. y Borges C.**, *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*, CSIC- Universidad de la República, Uruguay, 2009.
- ❖ **Villavicencio S., García Raggio A.**, “Nuevas cuestiones en torno a la ciudadanía”, en revista *Sociedad* N° 7, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina, 1995.
- ❖ **Vizeu en Mácias F.**, *Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves*, Universidad de Sevilla, Departamento de Psicología Experimental, España, 2010.
- ❖ **Ziccardi, A.**, *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social Los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo XXI*, Siglo del Hombre Editores-Clacso-Crop, Colombia, 2008.

#### DOCUMENTOS

- ❖ **Banco Interamericano de desarrollo (BID)**, *Protección social para la equidad y el crecimiento*, 2000.
- ❖ **Constitución de la republica oriental del Uruguay**, 1967 artículo número 44.
- ❖ **Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)**, *La protección social de cara al futuro, acceso, financiamiento y solidaridad*, Naciones Unidas, Uruguay, 2006.
- ❖ **Documento del Plan Equidad**, Montevideo-Uruguay, 2007, texto en pdf en [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan\\_equidad\\_def.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan_equidad_def.pdf)
- ❖ **Ministerio de Salud Pública**, *Programa Nacional de Control del Cáncer, Plan estratégico 2005-2010*, Uruguay, 2009.
- ❖ **Ministerio de Salud Pública**, *Programa Nacional de Salud Mental*, Uruguay, 1986.
- ❖ Uruguay, **Ley número 18.211**, *Sistema Nacional Integrado de Salud*, publicado en el diario oficial el 13 de diciembre del 2007, N° 27384.
- ❖ Uruguay, **Ley número 16.095**, *Personas discapacitadas*, publicado en el diario oficial el 20 de noviembre de 1989, N° 22989.

- ❖ Uruguay, **decreto 305/011**, *Prestaciones en salud mental*, en ley N° 18.211 publicada en el diario oficial el 5 de diciembre de 2007.