

**Discursos en torno al debate por el proyecto de Ley de Salud Mental en Uruguay  
(2015-2017)<sup>1</sup>**

Fiorella Grippi

[fiorellagrippi@gmail.com](mailto:fiorellagrippi@gmail.com)

coordinadora Beatriz Fernández Castrillo  
[beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy](mailto:beatrizfernandez@cienciassociales.edu.uy)

La presente ponencia abordará los discursos en torno al debate por la creación de la Ley de Salud Mental (19.529) aprobada en Uruguay en 2017, entendiéndolo como un espacio propicio para analizar las luchas de poder entre el saber médico y los movimientos sociales. Para ello, se realizará un relato cronológico de cuáles han sido y cómo han circulado los discursos en el contexto de este debate, visualizando las diferentes voluntades de verdad que se encuentran en pugna y analizando las estrategias discursivas desplegadas por cada actor en la búsqueda de ejercer el control o resistirlo. Finalmente, se presentarán algunos de los ejes centrales que han atravesado el debate, así como las modificaciones que han sufrido en el texto de la ley durante este proceso, entendiéndolas como indicios de los efectos de la lucha de poder.

Palabras clave: Salud mental, discurso, poder.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la Mesa Complejidad Social y Salud Mental: interfaces entre prácticas y discursos., en la XVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales – UdelaR 2018.

## **1. Introducción**

Hasta agosto de 2017, nuestro país regía la atención en materia de salud mental por la ley 9.581 (Ley del Psicópata) creada en 1936 y que, por ende, refleja la concepción social de la enfermedad mental propia de la época y sus instituciones correspondientes.

Tal como relata José Pedro Barrán, cerca de 1900 se identifica el inicio de un proceso de cambio de sensibilidad que tiene como uno de los protagonistas principales a la medicina, la cual expande su saber sobre nuevas esferas de la sociedad y promueve la prevención y control social de la enfermedad física y moral. En este contexto social, los Manicomios estatales pasaron de albergar a 202 personas en 1868 para contar con 5.218 en 1930, según datos del mismo autor, lo cual da cuenta de un proceso que no responde solamente al aumento de la locura, sino a la expansión de la conceptualización misma de lo que ésta es.

Mantener en la actualidad la ley 9.581 demuestra el severo rezago que se experimentaba a nivel legislativo con respecto al tratamiento de las personas con padecimientos psíquicos. Por este motivo, en 2015 el Ministerio de Salud Pública (MSP) convocó a diversos actores vinculados a la salud mental para realizar aportes en el proceso de redacción de lo que sería el proyecto de Ley de Salud Mental finalmente presentado en el Parlamento en diciembre de dicho año.

Los hallazgos expuestos en esta ponencia, son resultado de una investigación que retoma los documentos producidos y publicados por algunos de los actores más relevantes del debate: la Comisión por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos y la psiquiatría. Si bien los debates al interior del campo de la salud mental son de larga data, el período que se tomará aquí como referencia es el comprendido entre diciembre de 2015, momento en el cual el proyecto de ley ingresa a la Cámara de Senadores, y agosto de 2017, cuando ésta es aprobada en la Cámara de Representantes.

Dichos datos, fueron analizados desde la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso que permite abordar el tema del poder en su íntima relación con el acceso a ciertos discursos y su control. Siguiendo también la perspectiva de Foucault, el discurso es un espacio en el cual se producen, reproducen y combaten las estrategias de control y poder.

## **2. Relato de los hechos**

### **- ¿Quién?**

Como ya se ha mencionado, se retomarán aquí el discurso de la psiquiatría y de la CNLSM, ya que han sido dos de los actores con mayor visibilidad en este período de debate, así como también representan dos posturas claramente diferenciadas.

Por su parte, dentro de la psiquiatría se pueden señalar varias organizaciones de larga data, ya sean agrupaciones científicas, sindicales o académicas. Las más relevantes son: la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU), Clínica Psiquiátrica y Clínica Psiquiátrica Pediátrica de la Facultad de Medicina (UdelaR), Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay (SPBU) y Asociación de Psiquiatras del Interior (API). En general, dichas organizaciones han mantenido un criterio común y gran parte de los documentos se encuentran suscriptos por todas ellas. En cuanto a los medios establecidos para la difusión de los documentos producidos, se tomarán como principales referentes la Revista de Psiquiatría y el Boletín SPU.

Por otra parte, la CNLSM se encuentra compuesta por movimientos sociales de diversos tipos, agrupaciones de usuarios/as de servicios de salud mental y familiares, así como también organizaciones de profesionales y estudiantes de áreas relacionadas a la salud mental. El período de actividad de la CNLSM se encuentra comprendido entre junio de 2016 y setiembre de 2017, ya que su creación tuvo lugar en respuesta a la necesidad de nuclearse identificada por las organizaciones que la componen para así lograr un mayor impacto y visibilidad en el contexto concreto del debate por la ley, dando su tarea como finalizada con la aprobación de la misma.

Algunas de las agrupaciones que participaron en la misma son: Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, Radio Vilardevoz, ADUR por Facultad de Psicología, Centro de Estudiantes de Psicología (CEUP), Bibliobarrio, Colectivo Catalejo, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), Licenciaturas en Psicomotricidad y Terapia Ocupacional, Asociación de Usuarios de Montevideo e Interior, Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH), SERPAJ, entre otros.

A pesar de tan heterogénea conformación, es de utilidad entender la CNLSM como una unidad a fines analíticos ya que todas las organizaciones que la conforman han llegado a importantes acuerdos que definen una postura clara y reivindicaciones concretas. En cuanto a la producción y difusión de documentos los medios predominantes son las páginas web y redes sociales. En este sentido existen claras diferencias con la psiquiatría, ya que en su mayoría la CNLSM se compone por movimientos sociales que no tienen esta acción como objetivo principal, sino que centran sus recursos en la intervención directa y la sensibilización de la población mediante otro tipo de estrategias de visibilización.

Si bien algunas de las acciones llevadas adelante tienen que ver con el ámbito universitario (charlas, espacios de sensibilización con la temática en la formación en áreas relacionadas, etc.) y con el acceso a los medios de comunicación, la mayoría de las actividades llevadas adelante tenían como objetivo la presencia del debate en la calle mediante: la entrega de volantes en ferias y el diálogo con la población en general, la realización de un recorrido por diferentes barrios en un ómnibus caracterizado especialmente, movilizaciones en zonas cercanas al Palacio Legislativo durante las votaciones en el Parlamento, la Fiesta Antimanicomial, el Ciclo Chalecos Rotos, entre otras.

Dentro de la CNLSM, el único caso que difiere con esta forma de accionar es la Coordinadora de Psicólogos, ya que al ser una agrupación académica cuenta con la publicación de la revista +Psicólog@s a través de la cual ha difundido sus aportes.

- ¿Cuándo?

Desde diciembre de 2015, fecha en la que fue presentado el Proyecto de Ley en la Cámara de Senadores, la producción de documentos respecto a la temática por parte de los actores involucrados ha sido incesante. Esto demuestra la relevancia de esta normativa y el interés por realizar aportes desde los diferentes saberes relacionados.

El primer actor en difundir sus aportes al respecto del proyecto de ley, fue la psiquiatría desde la Revista de Psiquiatría y el Boletín SPU. Desde diciembre de 2015 hasta junio de 2016 es incluso el único actor que publica documentos sobre la temática. A partir de junio de 2016, se incorpora a la producción de documentos para realizar aportes al

proyecto de ley la CNLSM y en agosto del mismo año comienzan a aparecer publicaciones al respecto en la revista +psicólog@s de la CPU.

Como fechas clave para el desarrollo del debate podemos identificar: su inicio en diciembre de 2015, octubre de 2016 cuando el proyecto de ley es aprobado en la Cámara de Senadores y agosto de 2017 cuando es aprobado en la Cámara de Representantes. Los meses previos a la votación en cada Cámara son claramente los meses de mayor actividad y difusión por parte de los actores involucrados.

- ¿Cómo?

En este apartado, se procurará hacer un recorrido por las diferentes formas de legitimar sus aportes que han utilizado los actores involucrados en el debate. En este sentido, es importante retomar lo planteado por Michel Foucault respecto a los mecanismos de exclusión de los discursos: lo prohibido, lo separado y la voluntad de verdad; ya que permitirá comprender de forma más amplia las implicancias de la lucha por controlar el discurso para cada tipo de saber.

Por su parte, la psiquiatría argumenta desde su conocimiento científico y sabiéndose la disciplina históricamente vinculada a la enfermedad mental, haciendo uso de su larga experiencia en este campo que, como se señaló anteriormente, se refuerza hace más de 100 años de la mano de los procesos de disciplinamiento y medicalización. Pero no es solamente el rol histórico de la psiquiatría el que hace que esta se proclame como la disciplina más idónea para realizar aportes al proceso de construcción de la nueva ley, sino que también se procura resaltar su trabajo en la actualidad. De esta forma, afirman ser quienes están en mayor cercanía en lo cotidiano con la población objetivo de la ley entendida como quienes padecen enfermedades mentales, a diferencia de otras posturas que entienden que la ley está dirigida a la población en general en la medida en que debería ser también una ley de promoción y prevención.

Se aprecia que es indiscutible para la psiquiatría quienes pueden acceder al discurso legítimo en el debate acerca del abordaje en salud mental y quienes no, ya que simplemente no cuentan con los conocimientos adecuados y sus aportes carecen de valor o deben ser incorporados de forma secundaria y supeditados a los suyos. Esto tiene que ver, en última instancia, con la concepción misma del padecimiento psíquico

como enfermedad del cuerpo con causas y tratamientos absolutamente biológicos y, por ende, indiscutiblemente objeto de la medicina.

Por otro lado, como ya se ha indicado, existe una relación implícita entre los procesos de salud/enfermedad y el componente moral. Esto queda evidenciado en ciertos argumentos expuestos desde la psiquiatría, en los cuales se convierten en sinónimos la defensa de la psiquiatría y la defensa de los pacientes. Se da por hecho que el libre funcionamiento (sin las obstrucciones, que se entiende que algunos actores quieren imponerles mediante la ley) de la psiquiatría es la única opción deseable y adecuada para el tratamiento en salud mental, beneficiando directamente a las personas que son usuarias de dichos servicios. De esta forma, quien se oponga o cuestione este conocimiento o límite su accionar, está ejerciendo un daño directo sobre los pacientes que se encuentran en situación de vulnerabilidad y son protegidos por dichos profesionales.

Se entrelazan de esta forma dos de los principales sustentos del discurso de la psiquiatría: el científico y la responsabilidad ética y moral. Ambos lo colocan en un lugar privilegiado y difícil de cuestionar, ya que delimitan límites claros de exclusión respecto a quiénes pueden acceder al conocimiento que permite rebatir sus postulados, así como la construcción de la *verdad* propia de su disciplina.

Tal como señala Foucault, las disciplinas generan ciertas reglas para construir qué es verdad en base a métodos y formas de expresar el conocimiento, lo que él denomina *la policía discursiva*. Como es claro, la psiquiatría no es la excepción a esta construcción y ésta forma de entender la *verdad* comienza a entrar en contraposición con otros tipos de saberes en el contexto del debate por la Ley de Salud Mental. De esta forma, el mecanismo de exclusión del discurso relacionado a la prohibición de hablar de ciertas cosas (que solamente le competen a esta disciplina científica y tradicional) se basa en la falta de cumplimiento de las formas y métodos asociados a dicha verdad. Queda claro como el conocimiento y saber se convierte en poder de imponer su discurso, dejando muy pocos espacios para el cuestionamiento de sus postulados desde cualquier actor externo.

En este sentido, en algunos documentos se ha retomado el debate sobre el origen de la enfermedad mental y se ha señalado que los hechos afirman que la misma es un fenómeno real y como tal, objeto del saber y la praxis psiquiátrica. En este sentido cabe

cuestionarse ¿qué significa que la enfermedad mental es un fenómeno *real*? ¿Por qué eso implica directamente que es objeto exclusivo de la psiquiatría? Tal vez, es necesario reformular esta idea de *realidad* y pensarla en términos de *verdad* de Foucault para comprender mejor la dificultad para trascender la construcción de esta disciplina y la inhabilitación a expandir la definición de la salud mental como un campo en el cual intervienen (o deberían hacerlo) múltiples saberes.

Finalmente, respecto a los discursos separados y rechazados, es importante abordar el rol de la voz de las personas usuarias de servicios de salud mental. Ya Foucault había identificado que el discurso del loco es aquel que circula de forma diferenciada en la sociedad y da cuenta de ello todos los mecanismos dispuestos para la interpretación de los mismos en la actualidad. En el contexto de este debate, no fue diferente y el único espacio donde se habilitó su participación directa en la construcción de aportes fue dentro de la CNLSM. A pesar de que los documentos retomados no dan cuenta de un tipo de discurso explícitamente diferente (más allá del contenido), otras de las actividades propuestas por la CNLSM han significado un espacio de expresión en primera persona de quienes padecen sufrimientos psíquicos, ya sea en espacios de charlas en la Universidad, intervenciones artísticas, espacios de interacción con la población como por ejemplo las volanteadas y espacios de diálogo en las ferias barriales, etc.

Esta característica de la CNLSM podría haber significado una ventaja que magnifique el valor de sus aportes, sin embargo las personas con padecimientos psíquicos que conforman la CNLSM, no son siquiera identificadas desde fuera de la misma como actores relevantes, ya que su discurso es excluido y no considerado valioso. De hecho, desde la psiquiatría se ha manifestado que el compromiso emocional que implica la cercanía a los problemas de salud mental (tanto por parte de quienes los padecen como su entorno), es parte de lo que impide ver la realidad, negándola y realizando propuestas sin base en los hechos. De esta forma, se procede a deslegitimar sus discursos y a colocarnos en el plano de lo personal, asociándolos a la dificultad para procesar el dolor que provoca la enfermedad mental y su consecuente negación.

En contraposición, la CNLSM no plantea descartar el componente biológico de la enfermedad mental y, por ende, excluir el conocimiento médico, sino que propone integrarlo como una más de las múltiples disciplinas que deben involucrarse en el

abordaje de la salud mental. Pero eso tendría que funcionar, en su opinión, desde un plano de igualdad, rompiendo con la relación de saber/poder que coloca a la psiquiatría por encima en términos de validez y autoridad de su conocimiento. Procurando de esta forma, promover el intercambio de saberes de varios tipos, tal como lo demuestra su propio funcionamiento que contiene movimientos sociales (no solo vinculados a salud mental estrictamente), los conocimientos de la psicología, terapia ocupacional y otros afines, conocimientos del área social, de los/as usuarios/s, etc.

Otro de los recursos a los que ha apelado la CNLSM, tiene que ver con la vigencia de acuerdos internacionales a los cuales Uruguay suscribe y que tienen lineamientos claros acerca de la concepción y abordaje en salud mental, por lo cual la normativa debería armonizarse con los mismos. De hecho, esto dio lugar a la intervención de la ONU quien ha realizado informes instando a reemplazar la Ley del Psicópata y, durante el proceso de debate de la nueva ley envió una carta dirigida al Parlamento de nuestro país recordando la importancia de incorporar la perspectiva de Derechos Humanos en la Ley de Salud Mental.

### **3. Debates centrales y cambios en la ley**

#### **- Trastorno mental**

La definición de la población objetivo de la ley, ha sido una de las disputas básicas entre los actores involucrados dado que tiene que ver directamente con la concepción de salud mental que se utilice y, a partir de allí, con la delimitación de los objetivos y procedimientos que se deben establecer en la ley. El desacuerdo se centra en si debe llamarse a la población afectada por la ley *personas con trastorno mental* (propuesto en el proyecto de ley y aceptado por la psiquiatría) o *personas usuarias de servicios de salud mental* (propuesto por la CNLSM). Cabe destacar que la denominación no tiene que ver solamente con las palabras a utilizar, sino con las consecuencias prácticas que conlleva cada tipo de concepción de la salud mental en cuanto a modelos de abordaje.

Por otro lado, Pierre Bourdieu entendía que las relaciones de comunicación “*son también relaciones de poder simbólico donde se actualizan las relaciones de fuerza entre los locutores*” (Bourdieu, 1985; 11). Es por esto que la definición del nombre que



se le otorgará a las personas objeto de la Ley de Salud Mental, es esencial y da cuenta de la capacidad de cada grupo para incidir en la construcción simbólica en el campo de la salud mental. En este sentido, procurar que los/as legisladores/as adopten uno u otro término tiene que ver con que *“el acto de categorización, cuando consigue hacerse reconocer o es ejercido por una autoridad reconocida, ejerce por sí mismo un poder”* (Bourdieu, 1985; 90).

La CNLSM entiende que referirse a personas usuarias implica mirar al sujeto en su complejidad, desde una mirada holística y que por tanto, debe recibir un abordaje interdisciplinar para atender las múltiples causas de su padecimiento psíquico. En contrapartida, la palabra trastorno refiere a una perspectiva puramente biológica y por ende, objeto de la medicina, obviando el componente social como una parte vital de los procesos de salud/enfermedad. De esta forma, se reafirma la íntima relación entre construcción simbólica y praxis.

Por su parte, la CPU destaca en la revista +psicológ@s el rol de la enunciación en la producción de subjetividades y acompaña lo planteado desde toda la CNLSM acerca de las desventajas de utilizar la palabra trastorno en la Ley de Salud Mental, ya que se entiende que la carga de estigma es muy alta. Asimismo, se contribuye a depositar el problema en el sujeto que sufre, ignorando las barreras sociales que impiden su bienestar, a través de la patologización del sufrimiento psíquico que dejando su atención en manos solamente de la psiquiatría.

Mientras tanto, desde la psiquiatría se entiende que este término es el más apropiado desde el punto de vista científico, además de ser el que genera menos problemas de interpretación, ya que utilizar la palabra usuarios/as podría llegar a resultar ambiguo o demasiado amplio. En este sentido, se añade que para luchar contra el estigma es necesario *llamar las cosas por su nombre*, de forma tal que la sociedad logre aceptar que las personas con trastornos mentales también pueden estar integradas.

Sin embargo, es necesario comprender las complejidades que implica la selección de la palabra trastorno y para ello es necesario continuar reflexionando desde la perspectiva de Bourdieu, quien entendía que las palabras solamente existen en situaciones sociales. Esto conduce a que, a pesar de que la categoría trastorno mental puede resultar altamente adecuada en los textos científicos, en la práctica social cuenta con una carga valorativa negativa que hace que no sea un término deseable para plasmar en una ley.

Ignorar el hecho de que no hay palabras neutras, implica invisibilizar las luchas de poder que existen detrás del lenguaje y naturalizar la dominación simbólica. Esta disyuntiva vuelve a interpelarnos acerca de los mecanismos de exclusión en el discurso: quiénes pueden hablar de qué y en qué momentos o espacios. En este sentido, Bourdieu también entiende que el ejercicio de una competencia técnica (donde siempre existe la posibilidad del error), da lugar a una competencia social de ser el locutor legitimado y autorizado para hablar con autoridad.

Se torna recomendable ser cautelosos a la hora de tomar como sinónimos la denominación más adecuada para referirse a las personas objeto de la ley en términos sociales y la forma más pertinente de denominar al objeto de la psiquiatría como conocimiento técnico. No es indistinto el contexto en el cuál se usan las palabras y es por esto que si bien desde lo técnico puede haber un acuerdo en la psiquiatría en denominar trastornados/as a su objeto de estudio e intervención, en el contexto de una Ley de Salud Mental el objeto debe ser más amplio y complejo que ello.

Finalmente, se realizaron pequeños cambios respecto a la denominación de trastorno mental en el texto de la ley desde su ingreso en la Cámara de Senadores hasta su aprobación en la Cámara de Representantes. En una primera instancia, el texto aprobado por la Cámara de Senadores no realizó modificaciones respecto al uso de éste término e incluso aumentó la frecuencia de su repetición. Mientras que en la Cámara de Representantes se pueden observar ciertos cambios relativamente relevantes.

Por ejemplo, el Artículo 1° del texto aprobado por la Cámara de Senadores enuncia *“la presente ley tiene por objeto reglamentar, en el marco del SNIS, el derecho a la protección de la salud mental de los residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental”*. En contraposición, la ley finalmente aprobada define en el mismo artículo que *“la presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de servicios de salud mental en el marco del SNIS”*.

Esta modificación responde a cierta voluntad de realizar concesiones, procurando establecer acuerdos y ampliar el alcance de la ley. El Artículo 1° es fundamental y establece el objetivo y enfoque de la ley, por lo cual la ocurrencia de esta

transformación no es menor. Sin embargo, no existe una consecuencia entre la modificación de dicho artículo y el ajuste del resto del texto, es decir que no se llegó a una real transformación del enfoque de la ley sino solamente de la forma de enunciar algunos pasajes concretos.

De esta forma, se puede observar que en las definiciones más amplias y generales, se refiere con mayor frecuencia a las personas usuarias de servicios de salud mental; mientras que, en los artículos que abarcan cuestiones más específicas y cada vez más prácticas, se sigue refiriendo al trastorno mental, acotando el espacio de regulación a las personas con patologías y dejando de lado el enfoque de salud mental en el sentido más amplio que había sido propuesto en el Artículo 1°.

El hecho de que se sustituyan las palabras trastorno mental por usuarios de servicios de salud mental en algunos artículos relevantes y generales (por ejemplo, en el Artículo 6° en el que se habla de los derechos), pero que luego no se armonice todo el texto de la ley en torno a esa modificación, demuestra que no se logra llegar a un cambio conceptual y genera posibles contradicciones o tensiones dentro de la propia normativa. En este sentido, por ejemplo, en la Cámara de Senadores se incorporó en el Artículo 2° una definición de trastorno mental que se mantiene en la Cámara de Representantes y forma parte finalmente de la Ley de Salud Mental, a pesar de la modificación del Artículo 1° en el cual ya no se habla de trastorno.

Si bien el primer artículo amplía la población objetivo de la ley, el segundo vuelve a restringirla retomando la definición técnica asociada a la psiquiatría. De esta forma, se coloca nuevamente el énfasis en el objeto de estudio de la psiquiatría como si fuera exactamente lo mismo que lo que se debe legislar. Esto tiene como consecuencia que los intentos de articular la interdisciplinariedad en la ley, terminen por ser definiciones bastante vagas y poco precisas.

- Órgano de Contralor

Se ha presentado desde el inicio del debate, la importancia de crear y dar sustento institucional a algún tipo de organismo de control que garantice el respeto de los derechos humanos de las personas con padecimientos psíquicos, así como el cumplimiento de lo establecido en la Ley de Salud Mental. Se puede observar en las Actas de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores y Representantes, la

reiteración de este tópico, siendo mencionada como una de las inquietudes principales por las distintas organizaciones que acudieron a dialogar a dicha Comisión, por ejemplo INDDHH, CNLSM, CPU, Facultad de Psicología, SPU, Clínicas de Psiquiatría de Facultad de Medicina, Asamblea Instituyente, entre otros.

En esta temática, se ha tornado muy difícil generar acuerdos ya que en el Proyecto de Ley se propone que el órgano encargado de la tarea de contralor, sea una Comisión dentro del propio MSP. Mientras que, desde la CNLSM se entiende que esta opción no da garantías reales y que deben buscarse otras alternativas, por ejemplo que se encuentre dentro del Poder Legislativo o la INDDHH, ya que procuran que se trate de un Órgano de Revisión independiente y autónomo. Ésta postura encuentra su sustento también en ciertos acuerdos internacionales a los cuales Uruguay suscribe y que explicitan la importancia de que sea un órgano independiente e imparcial, entre ellos se encuentra el documento *“Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención en la salud mental”* de 1991.

Desde la CNLSM se entiende que la existencia de una Comisión de Contralor dependiente del MSP no tiene por qué ser excluyente de la existencia de un Órgano de Revisión dentro de la órbita del Poder Legislativo o de la INDDHH con un poder vinculante, con la finalidad de que actúe como mecanismo de protección, promoción y defensa de los derechos humanos de los y las usuarios/as de los servicios de salud mental. Sin embargo, la existencia solamente de la Comisión del MSP implicaría un conflicto bio-ético ya que dicho Ministerio se convertiría en juez y parte, no otorgando las garantías suficientes. Por su parte, la CPU respaldó esta postura haciendo especial énfasis en que esta discusión es ya de larga data y aun así no se incorporan sus peticiones al respecto.

La postura planteada por la psiquiatría tampoco acuerda totalmente con la propuesta inicial de la Comisión de Contralor ya que, si bien entienden que es pertinente que se encuentre dentro del MSP, identifican la necesidad de una mayor presencia de psiquiatras en la misma. Esto se debe a que se señala que no puede ejercer la función de control de las tareas inherentes a su disciplina actores ajenos a ella y, por tanto, la Comisión de Contralor debe contar indefectiblemente con un psiquiatras de adultos y uno pediátrico.

Dicho planteo va en concordancia con la idea de que el conocimiento técnico de la psiquiatría cuenta con un valor y especificidad que solamente puede ser cuestionado o dialogado dentro de la misma disciplina., quedando nuevamente excluidos del acceso a ciertos espacios de poder quienes no dominan este discurso porque no tienen dicho saber. Asimismo, también se recibe con cierta incomodidad los pedidos reiterados de buscar mecanismos de control de su accionar, en este sentido se entiende que los psiquiatras deberían poder ejercer su disciplina sin ningún tipo de control y sin limitaciones que, sienten, pueden entorpecer su capacidad de ayudar a los pacientes.

Finalmente, el Capítulo VI de la Ley de Salud Mental (el cual está destinado a regular el Órgano de Contralor) se ha mantenido con pequeñas modificaciones. Continúa tratándose de una Comisión dentro del MSP, pero se llevaron adelante algunos cambios con la finalidad de ampliar su composición, incorporando nuevos actores a este espacio de control.

Inicialmente, el Artículo 41 definía la composición del Órgano de Contralor de la siguiente manera:

- Dos representantes del MSP, uno de los cuales será el Presidente del Órgano de Contralor
- Tres representantes de UdelaR (Facultad de Medicina, Facultad de Psicología y Facultad de Derecho)
- Un representante de trabajadores de la salud mental
- Un representante de las personas con trastorno mental

Finalmente, en la ley aprobada se mantienen éstos mismos miembros y se agregan:

- Un representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental
- Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

En este sentido, no se reconoció la petición de la psiquiatría de que se incorporara un psiquiatra de adultos y uno pediátrico, mientras que sí se incorporó a la sociedad civil organizada. A pesar de que el MSP continúa siendo juez y parte, estos no son cambios despreciables y demuestran un cierto espacio que poco a poco van conquistando nuevos actores.

Esta modificación en el Artículo 41 lleva a la necesidad de realizar ajustes en los Artículos 44 y 45, debido al incremento de los miembros del Órgano de Contralor. Asimismo, se agregó el Artículo 46 (no existente previamente) que afirma: *“encomiéndose especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley N°18.446 de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidas en la presente ley”*. Si bien no se le otorga a la INDDHH un poder vinculante en este aspecto, su inclusión en la ley da cuenta del proceso de debate y negociación llevado adelante por los distintos actores.

- Instituciones monovalentes y asilares

En el contexto del debate por el cambio de Ley de Salud Mental, se ha cuestionado el rol de las instituciones monovalentes y asilares por parte de todos los actores involucrados. Este tipo de instituciones son consideradas obsoletas desde hace ya mucho tiempo y el movimiento hacía la superación de ese modelo de internación es una tendencia internacional.

Si bien, hay acuerdo en que estas instituciones deben ser superadas (y así lo demuestran las Actas del Parlamento donde las diversas organizaciones lo manifiestan), se pueden observar algunas opiniones divididas al interior de la psiquiatría. Si bien en abril de 2016 se afirma en el Boletín SPU que uno de los puntos positivos del proyecto de ley tiene que ver con el cierre de las instituciones monovalentes y asilares, en julio de ese mismo año se publica el artículo *“Acerca de los hospitales monovalentes en psiquiatría”* en el cual se señala que la necesidad de los mismos es una realidad ya que solamente en ese contexto se puede atender adecuadamente ciertas patologías. Asimismo, se afirma la necesidad de cautela antes de fijar el cierre de estos espacios en la ley, ya que existe la sensación que se juzga a los hospitales psiquiátricos considerando solamente el funcionamiento del Hospital Vilardebó.

Para comprender de forma más completa el momento en que se da esta publicación en defensa de los hospitales monovalentes, es necesario mencionar que en junio de 2016 la CNLSM difundió un comunicado a la opinión pública en el cuál se denunciaba la penosa situación del Hospital Vilardebó, identificándolo como un centro de

confinamiento. En este mismo comunicado, se retoman dichos del director de ASSE quién había afirmado que el 40% de los pacientes son personas que podrían reintegrarse a la sociedad pero no cuentan con alternativas externas.

Conceptualmente, se abordará el hospital psiquiátrico como una institución total, empleando los términos de Goffman quién entendía a éstas como un espacio de residencia y trabajo en el cuál un número determinado de personas son aislados de la sociedad por cierto período de tiempo y comparten una rutina. Justamente, esta rutina común es la que hace que la institución total tenga tendencias absorbentes sobre el individuo, ya que el vivir cotidiano pasa a ser regulado por las normas impuestas en la misma.

Desde este punto de vista, ¿qué implica afirmar que solamente en el hospital psiquiátrico se pueden atender adecuadamente ciertas patologías? Este tipo de institución total representa, de alguna manera, el espacio donde se da la mayor capacidad de ejercer control de la psiquiatría. A pesar de que las organizaciones referentes a esta disciplina manifestaron ante los/as legisladores/as su conformidad con el cierre de las instituciones monovalentes, artículos como el mencionado dejan entrever ciertas resistencias aún existentes a perder este espacio de poder. En el contexto de internación, cualquier rutina o normativa puede ser modificada por la voluntad del psiquiatra, tal como indica Goffman, colocando a este actor en un rol único y con un poder no igualable por ningún otro funcionario o profesional.

En este sentido, nuevamente se vuelve una elección peligrosa obviar la función política de dichos espacios como un mecanismo de aislamiento de personas desviadas socialmente, justificándolo exclusivamente desde su función médica. De esta forma, se invisibiliza su rol de custodia que, según Goffman, se torna primordial ya que *“la salud mental es la capacidad de jugar a cualquier juego en que la vida social pueda consistir, y jugarlo bien. Por el contrario, negarse o jugarlo mal, significa que una persona está mentalmente enferma”* (Goffman, 1984; 358), desdibujándose las diferencias que se pretenden que sean claras y radicales entre el inconformismo o desviación social y la enfermedad.

Por otro lado, la diferencia entre la internación en un hospital general y un hospital psiquiátrico, implica necesariamente la búsqueda de separar determinada población por su desviación. Las características que se asocian con la enfermedad mental tienen que

ver con su capacidad disruptiva en términos de convivencia y provocan resistencias a la hora de pensar un modelo de abordaje en el cual pacientes psiquiátricos puedan acceder a los servicios de atención que necesitan en los hospitales generales y en otros espacios de carácter comunitario.

Es imprescindible abordar la discusión acerca de la internación de las personas con padecimientos psíquicos contemplando la estigmatización de la que es objeto su condición. En este sentido, desde la psiquiatría se oscila entre una visión que iguala la enfermedad mental a cualquier otra enfermedad del cuerpo (y que justifica que sea objeto prácticamente exclusivo de la medicina) y otra visión que enfatiza las particularidades de la atención a pacientes psiquiátricos que requieren el espacio de internación.

Por su parte, la CNLSM entiende que el proceso de cierre de las instituciones monovalentes y asilares es fundamental y posible, basándose en las experiencias exitosas llevadas adelante en el ámbito internacional. Sin embargo, advierten acerca de los peligros de la *desmanicomialización forzada*, es decir, del cierre de dichas instituciones sin el correspondiente planeamiento de la transición y sin desarrollar otros mecanismos de abordaje esenciales. De ser así, las problemáticas de exclusión y estigmatización solamente aumentarían, dejando a las personas en una situación de completa vulnerabilidad. Es por este motivo que, si bien se celebra que el proyecto de ley prevea el cierre progresivo de dichos hospitales, afirman la necesidad imperiosa de que quede registrado un cronograma de cierre y un plan de acción con participación de todos los actores involucrados.

La importancia del cierre de las instituciones asilares y monovalentes tiene que ver, según la CNLSM, no solamente con las condiciones actuales de internación ni con el funcionamiento concreto de los hospitales psiquiátricos hoy en día, sino con la incompatibilidad de este tipo de establecimientos en el contexto de transformación del modelo de abordaje. Uno de los principales motivos de esta incompatibilidad, es que este tipo de internaciones reproducen el paradigma que concibe el padecimiento psíquico como un desorden meramente biológico y que no reconoce su componente esencialmente multidimensional y, por ende, objeto de un abordaje completamente interdisciplinario.



En las instituciones monovalentes no hay espacio para ese enfoque, la dirección queda a cargo del psiquiatra y las decisiones son justificadas desde el conocimiento de la medicina. Goffman entiende que en este proceso “*las diferencias de sexo, edad, grupo racial, estado civil, religión o clase social entre los pacientes, no son más que un detalle que ha de tenerse en cuenta y ‘subsanarse’, por así decirlo, a fin de poder aplicar la teoría psiquiátrica general, y descubrir los temas universales, más allá de las diferencias exteriores y frívolas de la vida social*” (Goffman, 1984; 345). Sin embargo, las diferencias sociales son parte esencial en el proceso de producción de la subjetividad de los pacientes que atiende el psiquiatra, así como las consecuencias de la internación van más allá del cuerpo y la mente de la persona, sino que se extienden a su vida social y condicionan sus posibilidades de integración.

La internación en hospitales psiquiátricos, por otra parte, es generalmente más prolongada que otros tipos de internación y genera, además, aislamiento y desconexión del paciente con su entorno (familia, trabajo, barrio, etc.). Al vivir bajo las reglas de una institución total, el trabajo pierde su sentido y se genera una sensación de desmoralización, ya que sus necesidades y rutinas ya se encuentran preestablecidas. De esta forma se profundiza el sufrimiento y se acentúan o generan conductas que confirman y refuerzan la imagen de “*loco*”, como relata Goffman.

Sobre esto, la CNLSM entiende que la carga de estigma otorgada a la internación la convierte en un hecho central en la vida del sujeto y clave a la hora de definir la forma en que éste es percibido por el entorno, lo cual hace que sea una medida no deseada por el paciente y se traduce en el carácter de involuntaria de muchas de las internaciones. Por su parte, como se mencionaba anteriormente, la psiquiatría tiene una postura dividida pero predomina claramente la idea de que, si bien el estigma continuará existiendo a pesar de que se anule la internación, las instituciones monovalentes y asilares ya no son necesarias como forma de tratamiento y eso permite que se busquen dispositivos alternativos que reduzcan la exposición al estigma.

De la misma manera, la CPU también se posicionó respecto a este asunto y afirmó que no es oportuno aislar al sujeto que padece, generando un sistema de *puerta giratoria* en los hospitales ya que las personas no cuentan con otras alternativas. Se vuelve esencial, entonces, construir y fortalecer redes comunitarias para que las personas con

padecimientos psíquicos puedan integrarse socialmente, ser contenidas y llevar adelante una vida digna.

Como se ha adelantado, inicialmente el proyecto de ley proponía el cierre de las instituciones monovalentes y asilares, prohibiéndose también nuevas internaciones. Sin embargo, no se planteaba un cronograma de cierre ni una fecha límite para el mismo. Desde la psiquiatría se afirmó la necesidad de aprobar la ley lo antes posible, sin mayores modificaciones; mientras que desde la CNLSM se insistió en la importancia de que esta información quedara establecida en la ley ya que luego durante la reglamentación de la misma no había garantías de que esto ocurriera.

Finalmente, la ley aprobada estableció la fecha de cierre de las instituciones manicomiales para el año 2025, dejando el espacio para crear el cronograma de cierre al momento de la reglamentación (a cargo del MSP). Hoy en día este tema está nuevamente bajo la mirada de la opinión pública ya que pasado más de un año de la aprobación de la Ley de Salud Mental, apenas se está comenzando la reglamentación de algunos artículos y aún no hay avances respecto cómo se dará el cierre que debe efectuarse en 2025.

#### **4. Síntesis de resultados y conclusiones**

En primer lugar, cabe destacar la notoriedad pública que ha tomado el tema de salud mental en los últimos años. Por un lado, el MSP dio inicio a la campaña “Salud Mental sin Prejuicios” y por otro, la CNLSM ha realizado también una importante tarea de visibilización como ya se ha descrito. Si bien ambas estrategias cuentan con enfoques distintos, en ambos casos se puede observar un cierto impacto en la población en general, colaborando en la tarea de expandir el debate acerca de la salud mental. En este sentido, numerosos medios de prensa han retomado estas noticias, otorgándoles mayor difusión y posicionando esta temática en un lugar de relevancia.

En segundo lugar, el proceso de diálogo transitado en el último período, ha permitido la articulación entre distintos colectivos vinculados a la salud mental desde diversos ámbitos, quienes se han nucleado y coordinado sus acciones. Es el caso de la CNLSM, la cual a pesar de su disolución luego de la aprobación de la ley, marca un antecedente importante y deja establecidas conexiones y redes de diálogo que trascienden el encuadre de la Comisión y se sostienen hoy en día. El ejercicio de unificación, llegando a acuerdos para alinear sus demandas y lograr un mayor impacto demuestra un compromiso y esfuerzo que no es menor en el contexto de una lucha por el poder ante un grupo dominante como es la psiquiatría. En este sentido, contar con el apoyo de otra de las disciplinas más importantes en la salud mental, como es la psicología, se convirtió en una ventaja y permitió ampliar las bases de legitimidad y articulación de saberes.

El rol de la CNLSM en el debate y su discurso de resistencia ha permitido ciertos avances hacia nuevas prácticas en materia de salud mental que se ven reflejados en las modificaciones realizadas al proyecto de ley. Sin embargo, la nueva Ley de Salud Mental, aunque representando un avance enormemente significativo respecto a la Ley del Psicópata, no da cuenta de un cambio real del modelo de abordaje ni de transformaciones conceptuales profundas. Más bien representa un momento de la lucha de poder con todas las contradicciones que ella conlleva, plasmando visiones conservadoras, al mismo tiempo que visiones de cambio y resistencia que lentamente comienzan a hacerse visibles y a ganar espacios en el discurso.

En cuanto al contenido del debate, es clara la intención de desnaturalizar la forma en que se entiende y aborda la salud mental en nuestro país, exponiendo el rol político de la tarea de la psiquiatría y de qué forma ésta da cuenta de un proceso de medicalización más amplio. El debate por la Ley de Salud Mental se ha convertido en una muestra del esfuerzo por desplazar el conocimiento técnico de la psiquiatría lo suficiente para lograr la apertura a otras posibilidades de tratamiento y terapéuticas que realmente demuestren interdisciplinariedad.

De esta forma, han quedado expuestas las resistencias que provoca dicho intento de romper con el lugar privilegiado que otorga a la psiquiatría el vínculo entre saber y poder, sustituyendo el discurso monopolizado por dicha disciplina por otro que comprenda un conjunto de saberes articulados. Estos últimos pretenden realizar la tarea

también política de transformar el rol social de las personas con padecimientos psíquicos, logrando superar finalmente su lugar de “*psicópatas*” o “*trastornados*” que históricamente resulta altamente funcional a los intentos de control social de la desviación. En este sentido, la sociología cuenta con la capacidad y el deber de continuar realizando aportes que permitan identificar estas relaciones de dominación que se construyen a nivel ideológico permeando completamente el imaginario social sobre la salud mental y producen exclusión.

Esta ardua tarea de transformación de algunos aspectos del modelo de atención que comienza con la aprobación de la ley, continúa siendo llevada adelante hoy en día y se prolongará en el futuro, tal como está siendo demostrado actualmente en el proceso de regulación. Preocupa especialmente a los actores involucrados, que el MSP no solicitó la partida necesaria para implementar la Ley de Salud Mental en la Rendición de Cuentas en agosto de 2018 (un año luego de la aprobación de la ley). Finalmente, se previeron 50 millones de pesos para 2019 y otros 50 millones de pesos para 2020, pero esto no fue gracias a la iniciativa del MSP. Asimismo, en la actualidad tampoco se ha convocado a la Comisión de Contralor y aún falta mucho para pensar en la capacitación de los recursos humanos de cara a las transformaciones del modelo de atención que se vienen.

## **5. Bibliografía**

Barrán, José Pedro (1990). *El nacimiento de una sensibilidad civilizada y su entorno*. En Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: El disciplinamiento (1860-1920). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, José Pedro (1992) *Cura y violencia. El manicomio y la razón médica en el Novecientos*. En Gaceta Universitaria, vol 6.

Bourdieu, Pierre (1985). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Ediciones Akal.

Bourdieu, Pierre (1993). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.

- Bourdieu, Pierre (1999). *Intelectuales, política y poder*. Argentina: Eudeba.
- Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (2013). *Identidad y convivencia*. Montevideo: Editorial Psicolibros.
- Foucault, Michel (1999). *El orden del discurso*. Barcelona: Fábula Tusquets.
- Foucault, Michel (1994). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel (1986). *Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto*. En *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.
- Goffman, Erving (1984). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos*
- Van Dijk, Teun (1999). *El análisis crítico del discurso*. Barcelona: Anthropos.
- Van Dijk, Teun (1990). *La noticia como discurso*. Barcelona: Paidós.