



Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

- Sede Académica Argentina -

Programa de Doctorado en Ciencias Sociales

**Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud en
Uruguay: tensiones y acuerdos en el Plan de Implementación
de Prestaciones de Salud Mental**

Autora:

Mag. Jenny Cecilia Silva Cabrera

Directora:

Dra. María Laura Vecinday Garrido

Montevideo, 30 de diciembre de 2020

A las personas “sobrevivientes de la psiquiatría” y del Estado.

A las personas “habitantes de la locura”.

A Elsa, por su valor y su dignidad.

*A Quique, Sol y Rocío y, a mis cinco hijos de cuatro patas;
rotundos desafíos para terminar esta tesis.*

RESUMEN

La presente tesis examina el proceso de reestructuración de la política pública en salud mental desplegada en Uruguay por el gobierno de izquierda del Frente Amplio. Toma como objeto empírico a la reforma de la atención de la salud mental en Uruguay a partir de un Plan de Implementación de Prestaciones integrado al sistema nacional de salud creado por el primer período de gobierno del Frente Amplio. El tema en estudio se contextualiza en un momento particular de revisión de la asistencia en salud mental a nivel nacional, partiendo de una profunda y amplia reforma del sistema general de atención de la salud en el año 2005, que incorpora las especificidades en materia de salud mental en el año 2011. El modelo asilar, hospitalocéntrico y la lógica médico-psiquiátrica han sido objeto de revisión y discusión a partir de las claras limitaciones para atender eficientemente los temas vinculados a la salud mental y las notorias dificultades para efectivizar garantías asistenciales acordes al ejercicio de los derechos humanos.

La investigación partió de dos preguntas guía para la delimitación del campo temático: ¿cuáles son las tomas de posición de los agentes implicados en el juego de construcción de la política de atención de la salud mental en el Uruguay a través del Sistema Nacional Integrado de Salud? y ¿qué orientaciones expresan y proponen en la pugna por la redefinición de la atención de la salud mental? El problema de estudio se concentró en el encuentro de las particularidades de dos campos temáticos: el del diseño de la política pública y el de la salud mental. El punto exacto de encuentro entre ambos, define al objeto de estudio, el cual fue abordado a partir de una investigación cualitativa basada en aspectos teóricos de la sociología reflexiva encabezada por Pierre Bourdieu. El núcleo investigativo y, por tanto, los resultados que se presentan, se enfocan a la configuración del proceso de diseño como campo de disputa, emergencia de agentes de interés y la identificación de las características de la lucha por imponer sus representaciones respecto a la salud mental.

ABSTRACT

This thesis examines the configuration process of the public policy regarding mental health that was displayed in Uruguay by the left-wing government of the Frente Amplio party. It takes as empirical object the reforms in mental healthcare made in Uruguay from a Welfare Benefits Implementation plan integrated to the national health system; which was created during the first Frente Amplio government. The subject of study is contextualised in a particular time of revision of the mental healthcare at national level; which is itself, part of a deep and wide reform of the general healthcare system occurred in the year 2005 which incorporated the specificities regarding mental health in the year 2011. The asylum and hospital-centric model, as well as the psychiatric logic have been subjects of review and discussion based on the distinct limitations to efficiently assist the matters linked to mental health and on the evident difficulties to carry out the assistance guarantees in accordance with the exercise of human rights.

In order to define the thematic area, the research was based on two guiding questions. Those questions raise concern about: Which are the actions taken by the actors involved in the game of constructing the mental healthcare policy in Uruguay throughout the National Integrated Health System? And what guidelines do they express and suggest in the bid for the redefinition of the mental health care? The research problem was focused on the convergence of the distinctive features of two thematic areas: that of the design of the public policy and that of mental health. The exact convergence point between the two, defines the subject-matter, which was addressed based on a qualitative research. This research was itself, based on theoretical aspects of Pierre Bourdieu's reflexive sociology. The core of the research and, therefore, the results that are presented, focus on the configuration of the design process as a field of dispute, the emergence of the agents involved in it, and in the identification of the characteristics of the fight for imposing their social representations towards mental health.

AGRADECIMIENTOS

A las profesoras Isabella Cosse y Verónica de Valle, docentes del seminario de tesis de este doctorado, por su orientación y motivación a cada doctorando. A Damián, de la secretaría de doctorado, por su invaluable apoyo en cada consulta durante todos estos años. A la profesora Laura Vecinday, por su constante apuesta a un proceso de investigación y escritura posible y disfrutable.

A Sabrina, por su acompañamiento en un proceso paralelo al trabajo de escritura, por su orientación en la identificación de las huellas de vida que obturaban el avance para la culminación del documento. A esas huellas, porque en definitiva fueron el desafío para comprender quién soy y por qué me dedico a estos temas.

A cuatro mujeres sabias, de sentido común y apertura intelectual. Lu, Clau, Yoa y Lauri. Aprendo a través de ellas. Añoro no haberlas conocido antes para sumar tiempo juntas.

Gracias a los amigos, esta vez especialmente a Gimena, Bachi, Federica y Alfonso, por su dedicación, su afecto y generosidad para con Sol y Rocío, justo justo en el momento que necesité dedicación absoluta en el avance más sustantivo. A Cari, Ceci y sus familias, quienes también se sumaron en ese apoyo.

Y a la familia. A Quique siempre, por su simplicidad, sostén e incondicionalidad. A Sol —a quien prometí que entregaría esta tesis antes de su cumpleaños número nueve, logro cumplirlo varios meses después— y a Rocío, quien me acompañó durante el cursado, gestándose. A María y José, por su incondicionalidad —¡y por enseñarla a Quique!—. A Beatriz, Daniel, Leonardo y Yissel —siempre en presente—; sin quererlo, me enseñaron lo irreversible, ella y la fortaleza, los demás. A Santiago y Camila, abanderados en este camino de irreversibilidad y fortalezas. A la jefa, la mujer que nos da raíz, que nos recuerda de dónde venimos, cómo y por qué hemos llegado; por donde estés, mami, ¡gracias!

TABLA DE SIGLAS

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CATP	Comisión Asesora Técnica Permanente
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEI	Comité de Ética de la Investigación
CEREMOS	Centro de Rehabilitación Médica, Ocupacional y Sicosocial
CNHD	Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad
CNLSM	Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos
COVID-19	Coronaviridae 19
CPU	Coordinadora de Psicólogos del Uruguay
DUDDHH	Declaración Universal de Derechos Humanos
ES	Economía de la Salud
FUPSI	Federación Uruguaya de Psicoterapia
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
INDDHH	Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PdeSM	Plan de Salud Mental
PIPSM	Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SPU	Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
UdelaR	Universidad de la República

TABLA DE CONTENIDOS

	Páginas
INTRODUCCIÓN	1
A) Fundamentación de la relevancia social y académica del objeto de estudio	2
B) Principales antecedentes para la delimitación del objeto de estudio	8
C) Acerca del proceso de delimitación del objeto de estudio	21
D) Supuestos orientadores	31
E) Objetivo general y objetivos específicos	33
F) Diseño metodológico implementado	34
G) Consideraciones éticas	36
H) Organización de los capítulos	38
CAPÍTULO 1 - ASPECTOS COYUNTURALES DURANTE LA INVESTIGACIÓN	41
1.1- Sobre el proyecto de investigación: su diseño e implementación	43
1.2- Sobre la escritura del documento de tesis: marco de lectura de datos	45
1.3- Sobre algunos nudos críticos del contexto socio-político: la Ley de Salud Mental 19529 y las pujas de poder	48
1.4- El proceso de elaboración de la Ley de Salud Mental: principales aspectos	59

1.5- El escenario 2020 de confinamiento social: alcances y límites de la Ley de Salud Mental y el lugar otorgado al PIPSM	63
---	----

CAPÍTULO 2 - EL OBJETO EMPÍRICO: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL	67
--	-----------

2.1- Fundamentos del Sistema Nacional Integrado de Salud en términos de salud colectiva y economía política	72
---	----

2.2- Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental	76
---	----

a) Documento del PIPSM: contenido y énfasis	80
---	----

b) Configuración del campo: los campos definitorios de los agentes	86
--	----

CAPÍTULO 3 - SALUD MENTAL: LO ENUNCIATIVO, LAS PRÁCTICAS Y LAS DISPUTAS	100
--	------------

3.1- La salud mental como enunciado	104
-------------------------------------	-----

a) Representaciones entorno al bienestar en el concepto de salud mental	108
---	-----

b) Representaciones en torno al sufrimiento mental	111
--	-----

3.2- Los agentes y fijación de sus prioridades en el PIPSM	130
--	-----

CAPÍTULO 4: CAMPOS EN INTERSECCIÓN: AGENTES, POSICIONES SOCIALES Y TOMAS DE POSICIÓN	143
---	------------

4.1- ¿Quién fuera y quién dentro de la política pública?	144
--	-----

a) Énfasis en la orientación de las prestaciones	158
--	-----

b) Disputas por el reconocimiento y la validación de las trayectorias	179
---	-----

4.2- ¿Más poder más ganancia?	183
-------------------------------	-----

CONSIDERACIONES FINALES	197
A) Consideraciones sobre los aspectos teórico-metodológicos	200
B) Los enunciados, las prácticas y las disputas	204
C) Posiciones sociales y toma de posición	214
D) El problema de estudio en su contexto de conocimiento	215
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	217
ANEXO: Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental	233

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de mis estudios universitarios, de forma intuitiva, cotidiana y sin denominarla como tal, la salud mental ha sido parte de los recursos que fui construyendo para intentar comprender las relaciones entre las personas y de estas con el mundo; de comprenderme, en definitiva. Sobre mi interés por la producción de conocimiento en el campo de la salud mental, fui entendiendo a medida que avancé en la formación académica y profesional, y al mismo tiempo, en mi crecimiento personal.

El recorrido por la formación académica ha significado también una profunda transformación subjetiva. Para qué intentar comprender el mundo si no es para avanzar en la comprensión de sí misma al mismo tiempo. Algo de esto explicó quien dirigió mi tesis de maestría: «Ahora entiendo que Cecilia, con esta investigación, realizó un acto de salud mental, encontrar claridad en algo tan oscuro», decía el profesor Cristián Varela. Hoy, culminada una nueva tesis, puedo observar que también ha sido un acto de salud mental. Los objetos de estudio no se construyen por pura curiosidad científica, sino que esta es una de las excusas posibles para abordar aquellas dudas radicales en torno a los sucesos de la vida real y concreta. Qué es la salud mental entonces, me he vuelto a preguntar en todos estos meses de trabajo. Es la vida, sus dolores, sus alegrías, sus pérdidas y sus ganancias; también la construcción de alternativas de resistencia, es política.

Sin embargo, avanzar en el conocimiento de la realidad a través de la lógica científica —la *construcción de un objeto científico*—, requiere un corte con las representaciones cotidianas, oficializadas, laudadas, sobre este.

Cada sociedad, en cada momento, elabora un cuerpo de *problemas sociales* que da por legítimo, digno de ser debatido, de hacerse público, a veces oficializado y, hasta cierto punto,

avalado por el Estado. (...) Cómo puede escapar el sociólogo a la disimulada persuasión que se ejerce sobre él cada vez que lee el diario, mira la televisión o incluso cuando lee los trabajos de sus colegas? (...) Uno de los instrumentos más poderosos de ruptura yace en la historia social de los problemas, objetos e instrumentos de pensamiento, vale decir, dentro de la historia del trabajo de construcción social de la realidad (preservada por nociones tan comunes como rol, cultura, juventud, etc., o las taxonomías) que lleva a cabo el mundo social como totalidad o este o aquel campo especializado y, fundamentalmente, el campo de las ciencias sociales. (Bourdieu y Wacquant, 2005, p.291-293)

Esta tesis traduce entonces un interés genuino y radical por continuar aportando claridad en la comprensión sobre lo que el campo de la salud mental muestra como reproducción de relaciones asimétricas, ceñidas a enunciaciones laudadas y oficializadas a modo de diferenciación y validación o descalificación de los sujetos. La investigación que presento en este documento es una aproximación más en el proceso de búsqueda comprensiva. Es un estudio preciso, concreto y necesario como punto de partida para conocer las lógicas subyacentes a las prácticas sociales. Para ello, me enfoqué en el diseño de la política pública y los intersticios de las relaciones sociales que se establecen en él, en tanto la acción política es parte de la gestión de la vida social.

A) Fundamentación de la relevancia social y académica del objeto de estudio

El estudio toma como punto de partida un aspecto particular de la reforma más reciente del sistema sanitario del Uruguay. Esa reforma se enmarcó en una transformación integral de la matriz de protección social del país, a partir del año 2005, ante la asunción por primera vez en su historia de un partido de izquierda, el Frente Amplio.¹ Al mismo tiempo, la investigación en este

¹ El Frente Amplio se funda en el año 1971 como una coalición de izquierda. No fue hasta las elecciones del año 2004 que logró incorporarse al gobierno del país; asumió en el año 2005 y se mantuvo en él hasta su derrota en el *ballotage* del mes de noviembre de 2019, en

preciso momento histórico adquiere una relevancia particular, en tanto el objeto se contextualiza en un modelo de Estado que actualmente transita modificaciones sustantivas, dada la derrota del Frente Amplio en las elecciones nacionales de noviembre de 2019 y la asunción al 1.º de marzo de 2020 de una coalición de derecha con rasgos conservadores² y un enfoque distinto en la concepción de lo público. El foco de este estudio está puesto en la reconstrucción del debate en torno al proceso de reforma de la asistencia de la salud mental en el marco de la generación de un conjunto de prestaciones para implementar en el SNIS. Para ello, examiné la etapa de diseño del PIPSM durante el período 2010-2011.

Este período puede ser acotado en términos cronológicos, sin embargo, la intensidad y la profundidad de las decisiones, negociaciones y transformaciones del sistema ameritan un detenimiento particular. El PIPSM comienza a ser diseñado en el año 2010 como forma de adecuar la atención de la salud mental al principio de universalidad y equidad del SNIS (ley 18211), y concreta una de las reformas más importantes y de mayor envergadura en términos de política pública que, desde la salida del régimen de dictadura cívico-militar en el año 1985, ha tenido el país. El PIPSM no solo viene a significar, al menos en términos potenciales, una posibilidad para mejorar la cobertura y la calidad de la asistencia, sino que sus contenidos imprimen una finalidad aperturista de la asistencia psiquiátrico-céntrica que caracterizó al país y que mantiene aún en términos generales.

las elecciones nacionales a partir de las que la fuerza de derecha, también coalicionada, asume el gobierno actualmente. El Frente Amplio dispuso entonces de tres períodos para iniciarlas reformas previstas en su programa y desarrollarlas, al menos parcialmente. Tuvo al mando a los siguientes presidentes: en el período 2005 y 2010, Tabaré Vázquez; en el período 2010-2015, José Mujica y en el período 2015-2020, nuevamente Tabaré Vázquez.

² También podría llamarle con rasgos ortodoxos, siguiendo los términos en los que enuncia Narbondo (2014) para describir a los Estados neoliberales a partir de su reafirmación en Uruguay en la década de los noventa, principalmente en la práctica de reducción y ajuste del gasto público.

El documento de este PIPSM enuncia la necesidad de una asistencia interdisciplinaria y orientada a la prevención y promoción en salud mental como forma de asistir el sufrimiento mental que no reviste mayores limitaciones para el desarrollo de la vida cotidiana de las personas. Otro aspecto significativo del PIPSM es su proceso de diseño, que marca con claridad el cambio de lógica de gestión de la relación Estado-sociedad en el nuevo gobierno; esta no es exclusiva de la reforma del sector de la salud, sino que atraviesa distintos sectores de política pública.

El proceso de diseño se caracterizó por un formato de trabajo que se procuró participativo, o al menos consultivo. Al mismo tiempo, ese proceso asumió particularidades que imprimen singularidad a la conformación de agentes y posiciones sociales, que también se explican por las características culturales y las dimensiones demográficas y territoriales del país. Un país de poco menos de tres millones y medio de habitantes, sin mayores accidentes geográficos y con una extensión territorial de unos ciento setenta y seis mil kilómetros cuadrados, que no significan inconvenientes para el traslado interno. Montevideo, su capital, abarca una superficie de doscientos kilómetros cuadrados en los que concentra un millón trescientos mil habitantes, y en donde se centralizan las actividades más relevantes para la vida política, para la asistencia especializada en salud y para el ingreso a estudios universitarios, a modo de destaque de algunos de los sectores más relevantes en la vida social.

Estas características de conformación del país acompañan sin mayores dificultades ciertas modalidades de acción política que han caracterizado al gobierno de izquierda, particularmente estrategias de acercamiento concebidas como consultivas y participativas. Entonces, el PIPSM en sí mismo, en cuanto a sus contenidos y proceso de elaboración, se torna sustrato de estudio para profundizar en la comprensión de la compleja trama de la producción de política pública enfocada a la salud mental, a partir de las tres particularidades que he señalado anteriormente: (i) la inscripción en un

sistema universalista en la cobertura y el acceso; *(ii)* la puesta en cuestión de la vigencia del modelo asistencial psiquiátrico-céntrico, y *(iii)* el planteo de un diseño con ámbitos de participación o ámbitos consultivos que convoca a grupos de interés, y conforma comisiones de trabajo y plenarios de resolución, entre otros recursos.

Es de considerar que el advenimiento del Frente Amplio en el gobierno del país, impulsó la movilización de actores sociales que adormecían desde las fervientes movilizaciones de salida de la dictadura en la década del ochenta, aplacadas ya en los cambios que trajeron los años noventa en adelante. Sin embargo, en el año 2005, con la asunción de la izquierda en el gobierno uruguayo, estos actores, entre ellos quienes provenían de los anteriores movimientos del campo de la salud mental, encontraron terreno fértil para afirmarse en la disputa de intereses y la construcción de alternativas a las problemáticas por las que se movilizaban.

Teniendo esta historicidad presente, entiendo que comprender posicionamientos, tensiones y acuerdos políticos en torno a la asistencia de la salud mental, en el marco de esta reforma sociosanitaria del Uruguay, contribuye a la mirada y lectura analítico-comprensiva de los procesos sociohistóricos que permiten entender las características que asume aún hoy el tratamiento de la salud mental. Un campo particular, con una dinámica de impulsos reformistas por corto plazo y detenimientos luego. De alguna forma también estuvo el interés de la investigación en precisar qué sustratos de esa dinámica son los que se activan en tales impulsos y tales detenimientos, a partir de la lucha entre agentes con desigual capacidad —capitales— para imponer determinados principios de interpretación del mundo social.

A su vez, un estudio de esta naturaleza visibiliza y confronta las posibilidades u obstáculos que la producción de la política pública determina para definir la legitimación en el espacio social, de los agentes en la disputa política. En este sentido, el estudio se constituyó en un ejercicio comprensivo de los

intereses y sus fundamentos esgrimidos por los agentes para la toma de posición y para disputar sus intereses en el campo de juego (Bourdieu, 2006).

El recorrido teórico-metodológico y analítico en la investigación fue trazado a partir de dos nociones conceptuales que son sustrato de los parámetros de comprensión de los datos recabados y de construcción de resultados. Una de ellas es la de *política pública*, entendiéndola como un campo de luchas y disputas a través de las cuales se definen las acciones sobre el espacio social y la distribución-redistribución del bien público. En dicho proceso, los agentes legitimados para pronunciarse sobre los asuntos sometidos a discusión despliegan las estrategias aprehendidas para colocar sus intereses en la égida del poder dominada por el Estado como agente parte y regulador (Bourdieu, 2015).

Precisamente, Dubois (2015) destaca las posibilidades metodológicas y conceptuales de la noción de campo en el terreno de la investigación sobre las políticas públicas. Esta noción permite ampliar los límites que imponen las clásicas categorías sobre las políticas públicas. Entendido como un espacio simbólico conformado por fuerzas en tensión entre agentes, brinda la posibilidad de iniciar la mirada hacia los intersticios del campo.

Por su capacidad para ser extrapolado, y por el modo de pensamiento relacional que lo sustenta, el concepto de campo puede ayudar a pensar de manera articulada aquello que la división del trabajo científico propia del análisis estándar tiende a separar: la estructura y el funcionamiento del campo burocrático, los sistemas de relaciones constitutivos del Estado y su poder, y las políticas públicas definidas como prácticas y tomas de posición en el seno de las mencionadas estructuras relacionales. (Dubois, 2015, p. 20)

La teoría de los campos permite una aproximación al conocimiento exhaustivo de las relaciones entrelazadas, entre los agentes particulares³ y de

³ Me refiero a «agentes particulares» para dar cuenta de la acción de cada sujeto integrante de un campo de origen, bajo las características definitorias que le imprime tal campo (profesionales, burócratas, gremialistas, entre otros) y la representación de estas

entre lo que estos agentes representan en un campo específico; considerando a la vez a las determinaciones macroestructurales que moldean y delimitan la posibilidad de acción de cada uno de ellos. La construcción de políticas públicas se nutre tanto de estas relaciones intersubjetivas como de las estructuras objetivas que también se ponen en movimiento en cada disputa. De aquí la relevancia en profundizar los estudios de política pública desde miradas afines sobre los intersticios relacionales entre los espacios sociales,⁴ las posiciones sociales⁵ y las tomas de posición⁶ (Dubois, 2015).

La otra noción es la de *salud mental*, la que conceptualizo también incorporando la noción bourdiana de campo. La salud mental es entendida para esta investigación como un campo de fuerzas que expresa la tensión entre la posición dominante de la lógica de medicalización social y las lógicas subyacentes a la vida social, política, económica y cultural concreta (Galende, 2008). Esta tensión es objetivada en prácticas de agentes que se complementan y contraponen según sus posiciones sociales.

Dos constructos emergen aquí en puja: el de la salud y el de la enfermedad. Uno y otro, mirados desde ambas luchas en tensión, adquieren materialidad y significación radicalmente diferente. Tal materialidad y significación está mediada por la posición que los agentes en disputa ocupen en el campo en

características en los campos a los que salen a dar disputa (Bourdieu y Wacquant, 2005).

⁴ Desde la perspectiva bourdiana, la noción de «espacio social» refiere al lugar o los lugares simbólicos y materiales que ocupan los agentes al tomar posiciones, puntos de vista —modos de ver y clasificar la realidad objetiva— y el despliegue de sus luchas por la conquista de nuevas posiciones. Esta noción permite distinguir las diferencias sociales producto de la desigual distribución de bienes y capitales, en vez de trabajar, según apreciaciones de Bourdieu, a las clases sociales como «cosa». (Bourdieu y Wacquant, 2005).

⁵ Bajo la noción de «posiciones sociales», desde la perspectiva bourdiana, se identifica el lugar objetivo ocupado en el espacio social por los agentes en virtud de sus campos de origen. La o las posiciones sociales dicen sobre las condiciones de existencia (Bourdieu, 2019; Bourdieu y Wacquant, 2005).

⁶ Bourdieu refiere a las «tomas de posición» para dar cuenta de las formas de prácticas, discursos, representaciones, que incorporan —importan— los agentes particulares a su campo de origen, en virtud de cada disputa que se les presente (Bourdieu, 2019).

cuestión. Rápidamente, es posible aludir de forma ilustrativa a posiciones tan asimétricas como las de quienes portan su distinción por el saber técnico que los avala, por la posición política que los legitima o por la posición social que los distingue. Los tránsitos que se despliegan desde una posición, el capital conquistado para la confluencia de fuerzas en la presión sociopolítica, serán no solamente distintos, sino que materialmente muy dispares, por el punto de partida —posición social— que uno y otro encuentra en términos de legitimación, conquistas previas y capitales consolidados.

Bajo esta conceptualización, es posible una aproximación a la comprensión de cómo aparece construido el campo que relaciona las luchas definicionales sobre la atención de la salud mental y las opciones de política pública. En este sentido, ese nuevo campo, que resulta de la interacción del campo de la salud mental con el de la política pública, da cuenta de las tensiones a partir de la puesta en juego de agentes con múltiples intereses y con posiciones diversas, según la lógica más o menos dominante a partir de la cual se incorporen al juego. Este campo es la construcción conceptual por la que transita el documento de tesis, es la singularidad que abordó la investigación y a partir de la cual cobran relevancia agentes provenientes de una diversidad de campos superpuestos que los implican, condicionan, debilitan o fortalecen según los momentos y los intereses por los que circule la disputa y los diversos capitales puestos en juego.

B) Principales antecedentes para la delimitación del objeto de estudio

A nivel nacional, las intervenciones en el campo de la salud mental históricamente han estado orientadas a la atención de los aspectos vinculados a la órbita psiquiátrica, con énfasis en el tratamiento paliativo de la enfermedad mental. Así lo han demostrado estudiosos del tema, entre ellos Arduino y Ginés (2002). Estos autores, en uno de sus trabajos de

investigación, dan cuenta de la inmensa trama de situaciones y aspectos reubicados como objetos de la psiquiatría asilar, en tanto ha sido este modelo el que ha primado en el país para la atención de la salud mental.

Han destacado en sus resultados de investigación motivos de ingreso a las colonias de internación que remiten a aspectos de amplia complejidad en la vida de las personas, si bien estos aspectos son sintetizados en una especie de diagnóstico médico-patológico como forma de argumentar su derivación a una institución psiquiátrica y asilar. Falta de recursos económicos, incontinencia familiar, alcoholismo crónico, epilepsia, parálisis general, encefalitis y traumatismo encéfalo craneano, entre otras situaciones diversas sin referencia a criterios nosográficos concretos, son los motivos identificados a la hora de indagar sobre los ingresos a estas colonias.

Tales características de los motivos de internación a los que arriban estos investigadores parecen ser una de las expresiones de la preponderancia de lo que otro de los investigadores más destacados del país, José Pedro Barrán, investigó en profundidad respecto a los efectos de la medicalización social. Barrán ha dejado sentadas bases sumamente claras en la producción de conocimiento sobre las particularidades de la realidad uruguaya y su devenir histórico en el tránsito por la implementación de una sensibilidad fuertemente marcada por la lógica higienista y sanitaria. Según sus hallazgos, la lógica de control epidemiológico, de aislamiento e institucionalización y de decodificación de las problemáticas referidas a la cuestión social en términos médico-sanitarios es una impronta de las políticas públicas de nuestro país, principalmente la política de salud y la política educativa (Barrán, 1993, 1995).

Barrán (2008) destaca este profundo proceso civilizatorio con fuerte impronta aún hoy en la institucionalización de prácticas sociales y técnicas basadas en un paradigma médico-higienista, proceso que ha propiciado un campo de la salud mental con marcado acento de la psiquiatría como disciplina dominante,

además de la presencia de otras disciplinas, como la psicología y el trabajo social, respondiendo también a ese paradigma. Ortega (2008, 2011) identifica cómo las intervenciones disciplinares han estado abocadas a contrarrestar los efectos de la enfermedad, a realizar acciones de vigilancia epidemiológica clásica y de la supervisión de sectores de la población para la realización de los controles médicos sugeridos como tratamiento. Estos estudios retoman al proceso de medicalización como impronta de una matriz particular de sociabilidad a partir de la cual puede desarrollarse una lectura comprensiva de su devenir y determinados aspectos de la realidad actual.

La perspectiva biologicista ha mantenido una posición dominante en la socialización del conocimiento producido a mayor escala para el campo de la salud mental, instituyendo una línea argumentativa para la explicación de los hechos o sucesos de este campo. Esta perspectiva, conjugada con el proceso de medicalización social, ha favorecido el desarrollo de prácticas institucionalizadas sobre la forma de intervenir en la salud mental en las sociedades occidentales modernas. Esto ha determinado la producción de lecturas que ponen el énfasis en la intervención mecanicista de la clasificación y el tratamiento paliativo a través del encierro y la farmacología.

En los años setenta surge una corriente epidemiológica pretendida como contrahegemónica, a partir de insumos teóricos latinoamericanos. Esta corriente pone su acento en un modelo interpretativo del proceso de salud colectiva «librado de los obstáculos y reduccionismos de la ‘teoría causalista’ y de la ‘teoría convencional del riesgo’» (Breilh, 2007, p. 81). De la política sociosanitaria en la que se inscribe el PIPSM puede leerse su preocupación por disminuir factores de riesgo o, en todo caso, apelar a prestaciones que amortigüen la evolución de la enfermedad. El centro epidemiológico está puesto en la enfermedad posible, en los puntos vulnerables a contraer la enfermedad de la que se trate. Aun bajo el enunciado ‘salud mental’, como se podrá identificar en el capítulo que sigue, estas prestaciones están

básicamente ocupadas en su aplicabilidad, por detectar aspectos enunciativos de una enfermedad posible.

Testa (2009) incorpora el análisis de la «asignación de recursos escasos» como noción de gestión de los estados filtrados por la lógica de mercantilización en la atención a la salud. El modelo de política pública en particular se pone en juego a la hora de definir el rumbo en la atención de los aspectos referidos a la salud pública. El autor identifica al poder como categoría clave para comprender ese complejo en el que confluyen tanto la disputa por alcanzar los intereses en juego, la lógica de gestión (lógica de «recursos escasos») como la forma de definir el problema (análisis epidemiológico de las sociedades). Precisamente, este último punto adquiere centralidad en tanto a partir de qué y cómo se defina algo como ‘problema’ de atención para la política pública, será cómo se defina también a los sujetos, a las condiciones de existencia y a las prácticas involucradas en la política pública. Desde este sentido es que me detengo, a partir de los datos obtenidos, a identificar qué contenidos discursivos son los que delimitan o definen a las nociones de salud mental de los agentes en juego.

De Almeida-Filho (2000) analiza la «epidemiología del modo de vida». Su estudio recorre puntos de encuentro de la vida cotidiana y las determinaciones en ella de la epidemiología clásica como especialidad del conocimiento de la vida en las ciencias de la salud. Esta corriente teórica es una alternativa para la lectura comprensiva de la relación entre los campos burocrático y médico-psiquiátrico, en la medida en que ambos se han constituido como campos dominantes en la disputa por establecer sus puntos de interés; por momentos en relaciones de enfrentamiento entre sí y otras en estrategias de complicidad en términos de correlación de fuerzas para la imposición de intereses. Esta relación dada entre enfrentamiento y complejidad parece brindar pistas para comprender ciertas estrategias de reproducción del orden social y la dominación de las estructuras burocráticas (Bourdieu, 2011).

En otro orden de investigaciones, tomé como referencia aquellas perspectivas de investigación que realizan estudios de política pública, particularmente en el sector salud. Desde una lectura con base en la ciencia política, Setaro (2013) afirma que la presión política es una de las características de la resistencia a vencer cuando se plantean cambios en el sector: «Históricamente, las transformaciones mayores dentro del sector salud han ocurrido bajo circunstancias de enorme presión política». A su vez, demuestra en su trabajo doctoral cómo a partir de la instalación del Frente Amplio en el gobierno se logró filtrar tal resistencia para lograr transitar por la reforma y poder «implementar una de las reformas sociales de mayor magnitud política desde la salida de la dictadura» (Setaro, 2013, p. 11). Esta línea de análisis y sus hallazgos aportó a mi investigación un aspecto que ella no abordó: la caracterización y contextualización de la composición de la arena política e institucional que da lugar al sistema de protección social en salud. Esto me permitió allanar con mayor profundidad la conformación particular del campo de la salud donde se inscribe el tratamiento de la salud mental.

Por otra parte, Fuentes (2013, 2010) analiza, como parte de su investigación doctoral, las reformas en los sistemas de salud latinoamericanos, con énfasis en el sistema de salud uruguayo, basado también en la ciencia política, a partir del cual estudia el proceso reformista del sistema de salud identificando actores en pugna en la reforma.

Ambos investigadores (Setaro y Fuentes, 2012) confluyen en el análisis de la reforma en salud en su «segunda etapa», abarcando los dos primeros años del segundo gobierno de izquierda. En este análisis tratan sobre los aspectos vinculados a la rectoría de la política de salud, la vinculación en términos de negociación con los sectores involucrados y destacan el estudio de la consolidación financiera a través del Seguro Nacional de Salud.

Desde la producción académica que incorpora el estudio de la política pública en salud mental, no se realiza mayor desarrollo analítico de la situación actual

de este campo. Por el contrario, continúan una línea de estudio retrospectiva en la que analiza lo que fue, para luego dejar planteados en términos de «debates» y «desafíos» los aspectos relacionados a la asistencia de la salud mental en el marco de la actual reforma del sistema de la salud (de León, 2013). Estos estudios destacan la heterogeneidad de la fase actual en términos de los contenidos de algunas de las prestaciones en marcha y de la accesibilidad en el conjunto de esta. A la vez que afirman la relevancia de la participación creciente y activa de las fuerzas sociales (de León, 2013).

Por su parte, Becerra (2010) estudia el modelo de regulación normativa del SNIS, las características del proceso de reforma normativa y la producción de la nueva normativa. Otro estudio de relevancia en este tema es el de Rapetti y Soto (2009), quienes se enfocan en el proceso de construcción de la nueva política sanitaria, dando cuenta sustancialmente de los aspectos de innovación de este proceso y también de aquellos que se mantienen de la normativa anterior. Otra línea de investigación considerada en esta área es la que retoma Lausarot (2010) y su equipo, para estudiar el modelo de financiamiento de la reforma en salud centrada en el SNIS y sus impactos en la economía del país. Por su parte, Fernández (2017) realiza un estudio sobre la ejecución del PIPSM para el SNIS desarrollando un modelo explicativo de esa política en particular.

Estudios de índole internacional permitieron ampliar la lectura y obtener una mirada más allá de las determinaciones particulares a nivel nacional. Ello, brindó a la investigación un abanico de dimensiones a tener en cuenta a la hora delimitar y analizar el problema de investigación. En este sentido, consideré principalmente los aportes de Berenzon et. al (2013) sobre la evaluación de indicadores del sistema de salud mental mejicano, tomando como base el Instrumento de Evaluación de Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Los autores concluyen en la necesidad de reducir la brecha entre el tratamiento de la enfermedad mental y el presupuesto destinado para ello en las políticas públicas. Identifican como alternativa el fortalecimiento del primer nivel de atención a través de un

modelo de política pública enfocado en un criterio de priorización de los recursos financieros, los recursos técnicos y humanos a destinar.

Considerando la delimitación del problema de investigación en términos de disputa entre los agentes del campo en la redefinición de la política de salud mental, otro antecedente de relevancia fue el trabajo que realizan Moreira et. al (2012), que analiza la perspectiva hospitalocéntrica y la perspectiva psicosocial, sus puntos de disputa en torno al modelo hegemónico y un modelo emergente. En una línea similar, Pascuales (2011) desarrolló un estudio con referencia al contexto italiano, en el que identifica la convivencia de un sistema que aboga por la expansión de la red comunitaria y desmedicalizante en la atención de la salud/enfermedad mental con un sistema que aún mercantiliza servicios comunitarios e institucionaliza procedimientos de la psiquiatría más clásica. Este foco de análisis que proporcionan los investigadores citados orientó en aspectos a incorporar para la reconstrucción del contexto político y social que ocupó al estudio: la permanencia aún del modelo hospitalocéntrico y de preponderancia de la lógica médico-psiquiátrica en el tratamiento de la salud/enfermedad mental, y la emergencia de una tendencia psicosocial y comunitaria, de complementariedad transdisciplinaria en el tratamiento.

El análisis de la influencia de la medicalización social y de la psiquiatrización del sufrimiento mental en el campo de producción de la política sanitaria referida a los procesos de salud/enfermedad es fundamental a la hora de comprender cabalmente a partir de qué posiciones sociales los agentes de ese campo desarrollan sus estrategias y ponen en juego la disputa para imponer sus puntos de vista. Tal como fue reseñado a través de antecedentes como los de Barrán (1993, 1995, 2008) y Ortega (2008, 2011), los efectos de la medicalización social afectan individual y colectivamente, en mayor o menor medida, a toda la sociedad uruguaya. Por tanto, también tienen eco los efectos de la subjetividad medicalizada desde quienes se ven involucrados en la disputa y conquista de la política pública. Conocer en términos de *habitus* las

diversas formas de pensar y actuar permitió un avance significativo para comprender el cuál, el cómo y el porqué del proceso actual de reforma de la política de salud mental en el país.

A la vez, en la misma línea de análisis de Rapetti y Soto (2009), Berenzon et. al (2013) y Moreira et. al (2012) retoman el proceso de diseño de la política de salud mental por el que el país ha transitado. Esto habilitó a los investigadores a la identificación de los puntos de encuentro y desencuentro entre el diseño y la planificación del programa de reforma del sistema de salud.

De la revisión de los principales antecedentes relevados emergen las preguntas sobre las prácticas de los agentes llamados a pronunciarse en las dinámicas de reforma, en este caso, de una política pública. En general encontramos estudios sociológicos y politológicos que ponen el acento en las estructuras sociales o institucionales o en los comportamientos individuales para comprender la hechura de la política pública. Sin desconocer este importante acervo teórico-metodológico de las ciencias sociales, me propuse integrar en la observación y el análisis la perspectiva relacional propuesta por el estructuralismo genético de Bourdieu, integrando las dimensiones objetivas y subjetivas, materiales y simbólicas para comprender las prácticas sociales en el espacio de la micropolítica o mejor en un microespacio en el cual se trama una parte de la política pública.

En el transcurso de la ejecución de gran parte de la reforma del sistema de salud, han surgido diferentes espacios de debate sobre la especificidad de la salud mental: colectivos de profesionales de disciplinas *psi* —psiquiatría y psicología—, asociaciones de familiares, prestadores privados. Es significativo cómo a las disputas más marcadas entre estos grupos, y de ellos con la clase política gobernante, subyace la puja entre paradigmas de atención de la salud mental. Esto planteó un campo de estudio en el que las fuerzas de los agentes están puestas tanto en lograr un lugar de incidencia en la política

sanitaria como en lograr la imponer la legitimidad de su punto de vista —en términos bourdianos— para definir qué se entenderá oficialmente por ‘salud mental’. Esto es, la puja comienza a partir de pretender oficializar, hacer la versión dominante desde el Estado, de lo que se entenderá por salud mental y, por tanto, qué prácticas se desarrollarán en torno a ello. La investigación buscó precisamente identificar y comprender el sentido de sus prácticas (Bourdieu, 1971; Bourdieu y Wacquant, 2005).

En el análisis de los datos sobre el diseño del PIPSM, se enfatiza sobre los agentes y su manejo institucional, en su accionar individual o colectivo como agentes de implicación múltiple en distintos campos de acción. Este acento permite llegar a la fuente de germinación de lo que se encuentra luego cristalizado en complejas burocracias y en edificios demarcatorios de quiénes tienen acceso a qué de sus instalaciones, lo que proporciona un primer nivel de clasificación: clientes o usuarios, funcionarios, autoridades. Esta demarcación determina la entrada al campo de juego y su posición en él. Identificar la posición de cada agente en el juego permite comprender el grado de autonomía con posibilidades de ser ejercida por ellos en cada contexto institucional por el que deba transitar en la negociación de la política.

Dirigir el análisis hacia allí permite también identificar otras dimensiones, ya no materializadas en establecimientos institucionales, normas o prácticas protocolizadas, sino que se expresan y ponen en juego en el ejercicio de lugares y funciones socialmente asignadas, en la actuación de la posición social que se ocupa. Los discursos en sus contenidos y formas, las estrategias de relacionamiento entre los agentes en disputa, son analizadores de la lógica puesta en juego y de la capacidad de entrar en él y potencialmente llegar a plasmar sus intereses en la política pública en discusión.

Ha sido una característica de los tres períodos de gobierno del Frente Amplio apelar a formatos participativos/consultivos en el diseño o planificación de ciertas políticas. En lo que respecta a la política de salud, y en particular en

materia de salud mental, la estrategia planteada por el Estado para ello ha sido la convocatoria a grupos de trabajo a agentes de dependencias dentro del propio MSP (sector de economía de la salud), de otras dependencias ministeriales (economía y finanzas, por ejemplo), así como de los sectores académico, profesional, social y gremial. La construcción del PIPSM es un modelo concreto de esta forma de trabajo. El desafío para los agentes es cómo transitar este diseño según su *capital* y *habitus* en términos de incidencia en la esfera política y en la construcción de su propio argumento, el cual debe ser decodificado no como reclamo ni demanda, sino como sugerencia para ser incorporada al plan o política en cuestión.

Aparecen aquí los dispositivos: grupos de trabajo, reuniones, comisiones, asambleas y plenarios como modalidades de discusión, negociación y consenso. Estos se constituyen en escenarios donde cada agente actúa su intervención. Bourdieu (2015) menciona al «legislador artista» para describir no solo los componentes discursivos, sino a las formas y los modos de presentar ese discurso, de presentarse todo él y producir cierta fijación en su personaje «legislador».

Son personas que hablan en nombre del *super ego* generalizado, de lo oficial y que, como tales, pueden llegar a regular la transgresión oficial de la regla oficial puesto que son los amos. Ellos llegan a liberar al grupo de la fatalidad que es el grupo para el grupo, porque los grupos están atrapados en su propio juego. (Bourdieu, 2015, p. 83)

La hechura de la política pública se produce también en la actuación de los delegados para la tarea de negociación. Así, cada agente despliega su destreza o *habitus* en relación al capital generado y al que pueda ir adquiriendo. Es sumamente relevante para esto la identificación de la posición social que cada uno de ellos realiza de sí mismo y del otro, y la identificación de atributos que permiten definir la representación social; la medida que esto estará determinando la base desde la cual configura su posición en el campo. Ello

se constituye en la base primaria de conocimiento del campo para generar grados de disputa según la correlación de fuerza que produzca.

El análisis de la política pública retoma entonces una lectura compleja del contexto público, que no prescinde de la lectura sobre la constitución del Estado y su administración, y que tampoco se reduce a ella (Dubois, 2015). En el problema de estudio que atañe, la emergencia del Estado moderno y su base higienista en la constitución de demarcaciones sociotécnicas es fundamental para comprender la intrincada relación entre política pública y campo de la salud mental.

El cómo se define el objeto de la política pública y la forma de intervenir en él es central, en la medida que esto delimita el grado de amplitud del espacio de representación de diversas posiciones sociales con también diversas capacidades para contraponer fuerzas de negociación y conquista. La definición del objeto de la política pública responde a los parámetros de clasificación de lo social, por tanto, de clasificación no solo de los sujetos a los que se dirige la política sino también de quienes compete su participación en el diseño y la ejecución de tal política. Esto produce un orden de comprensión de distinta profundidad según la posición de cada agente en el entramado de la política pública.

Las clasificaciones burocráticas, (...), plantean pocos problemas a aquellos que las producen, pero muchos a aquellos que reflexionan al respecto. Alphonse Allais se burlaba de que los niños menores de tres años tienen descuento para viajar en tren, pero si su edad es mayor, ya no lo tienen, y se preguntaba qué pasaría si un padre de familia viaja el día del cumpleaños de su hijo: ¿el padre tiene que hacer sonar la alarma para declarar que su hijo superó los 3 años y pedir pagar un adicional? Los humoristas son los aliados de los sociólogos porque hacen preguntas que la rutina diaria nos hace olvidar. En todos estos casos en que hay un continuo, las taxonomías y las clasificaciones jurídicas recortan: mayor/menor, masculino/femenino. El derecho segmenta, secciona dentro de un continuo. (Bourdieu, 2019, p. 29)

Se establece así un campo en el que confluyen diversos agentes, todos ellos con fuerzas de poder diferentes, con la generación de *habitus* y capitales también dispares, no obstante, estableciendo un juego en el que se disputa un lugar de incidencia y acción en los temas de salud mental mediados por la instalación de un modelo de política sociosanitaria en el que reconocerse como agentes protagonistas y con incidencia.

Al decir de Bourdieu (2006), pensar en términos de campo es pensar en términos de relaciones, en tanto la configuración de una trama de vínculos entre agentes que comparten un mismo espacio material y simbólico y que se definen en él según las posiciones que ganan en el juego. El marco conceptual para el análisis de los datos toma las nociones de *campo* y *habitus* con las particularidades del campo de la salud mental y el juego desplegado por los agentes allí actuantes a partir de sus disputas por la definición de una política de asistencia a la salud mental.

La trama que se configura entre las diversas posiciones conforma relaciones de objetividad que definen el campo.

Esas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, (...) por su situación (*situs*) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (...) y, al mismo tiempo, por sus relaciones objetivas con las otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera). (Bourdieu, 2006. p. 150)

En el campo concreto que ocupa a la investigación, se encuentran agentes con vasta trayectoria en lo que concierne a su accionar en aspectos referidos a la política de salud mental que el país ha venido sosteniendo en toda su historia. No obstante, las posiciones de estos agentes están dadas por fuerzas dispares respecto al ejercicio del poder que logran conquistar y desarrollar. Lo dispar de esas fuerzas y sus posibilidades de concreción de intereses estará mediado por los capitales acumulados y las estrategias que desarrollen en el juego a dar. Esto lo reafirmo analíticamente a partir de lo desarrollado por Bourdieu:

Las estrategias de un «jugador» en lo que define su juego dependen de hecho no solo del volumen y de la estructura de su capital en el momento considerado y de las chances en el juego (...) que ellas le aseguran, sino también de la evolución en el tiempo, del volumen y la estructura de su capital, es decir de su trayectoria social y de las disposiciones (*habitus*) que se constituyeron en la relación prolongada con una cierta estructura objetiva de chances. (2006, p. 153)

Precisamente es a través de la noción de «estrategia» que plantea el autor que será posible construir el punto de vista a partir del cual leer y analizar las características que puedan identificarse en la práctica de los agentes.

Otra dimensión a atender en el mapa conceptual que da respaldo al análisis del campo, es lo que Bourdieu denomina como *illusio* (Bourdieu y Wacquant, 2005). La referencia a la creencia en el juego, el compromiso con el campo y lo que se procura ganar en ese campo puede traducirse en la convicción ideológica de sus intereses. Esto brinda agentes con afianzamiento en sus fines y en sus acciones. A la vez, se relaciona a lo que el campo mismo genera.

“Estar en el juego”, “estar tomado por el juego”, “estar atrapado por el juego” significa estar inmerso en el juego. (...) Cuando alguien tiene el sentido del juego conforme al juego, responde de antemano –es lo propio de la relación entre un *habitus* y un campo- a las exhortaciones del juego y, al mismo tiempo se involucra en el juego, lo cual es la condición del funcionamiento del juego, porque los juegos sin individuos que se involucren en él, los juegos de los que se dice que “no valen la pena”, se abandonan de inmediato. Involucrarse en el juego es tener *interés* en el juego. (Bourdieu, 2019, p. 272)

El *interés* sobre el entrar en juego para la disputa de lo que se espera alcanzar, en el sentido de lo que le otorga Bourdieu (2019), de lo que *me importa*, requiere en primer lugar que los agentes se reconozcan en el objeto de disputa. En el PIPSM lo que se pone en juego es qué prestaciones, para quiénes y cómo implementarlas, ello requiere que cada agente proyecte su lugar, genere su interés en decidir y ejecutar tales prestaciones, la definición de *para quiénes* y la modalidad de implementación y por tanto, de disputar sus tomas de

posición y su posición en ese campo. En definitiva, se trata de *tener ganas de entrar en juego*.

Cuando tenemos el sentido del juego, no hacemos al juego la pregunta de su existencia ni de su razón de ser, tenemos ganas de jugar, tenemos una *libido vivendi*. Cada juego impone su libido y podemos decir “interés = *libido*”. Podemos decir también “interés = *illusio*”. La *illusio* es el hecho de tener ganas de entrar en juego. (Bourdieu, 2019, p. 272)

En el contexto de un campo particular como el de la producción de políticas públicas de salud mental, es inevitable dar cuenta de la producción de subjetividad y su determinación en estos agentes, así como de su «complicidad» entre ellos, aún en situación de lucha. Asimismo, es necesario atender al mecanismo de dominación del campo a través de sus modos de desarrollo del poder simbólico. La lógica de administración del poder a través de las diferentes políticas está presente no solo en la disposición de recursos y servicios, sino que se promueve un mensaje político y social; en este sentido es que la política pública es generadora de subjetividad.

Podría identificarse una dimensión simbólica-subjetiva que da cuenta de la función socializadora de las políticas públicas, que de alguna forma regula ejerciendo una relación de dominación en las prácticas y los intereses de los agentes en juego y también de sus estrategias de actuación en el campo. El Estado opera desplegando mecanismos de dominación, legitimación y reproducción que no pueden procurar su validación si no es con el uso de la violencia simbólica, en tanto se trata de ser legitimado a partir de una acción de imposición, una acción dominante.

C) Acerca del proceso de delimitación del objeto de estudio

La investigación se delimita en torno al estudio de las tomas de posición de los agentes involucrados en el proceso de reestructuración de las políticas

sociosanitarias en el campo de salud mental; sus fines e intereses en la fase de diseño de la política de atención de la salud mental en el país a través del PIPSM para el SNIS.

El problema así construido permite abordar dos aspectos centrales. Por una parte, el diseño de la política pública como objeto de estudio. El diseño de la política pública en sí misma recoge una diversidad de intereses, confrontación de fuerzas y habilidades para dar disputa, y ello explica por qué no siempre la política diseñada refleja lo que es expresión del mayor caudal de problemas a resolver o población a asistir. Por otra parte, trata a la salud mental como un componente del campo de la salud, en un ejercicio por deconstruir su abordaje particular, aislado de las demás políticas de salud, en tanto ha tenido históricamente tratamientos y consideraciones sociopolíticas diferentes al resto de los componentes de la asistencia a la salud en términos generales.

Dubois (2015) destaca la tendencia al aislamiento conceptual en los análisis más recientes en materia de políticas públicas y cuestiona el avance de una sociología aparentemente especializada, que ha desarrollado un lenguaje en apariencia propio, olvidando el potencial heurístico de las grandes categorías del pensamiento social y político. El mismo efecto ha tenido la corriente positivista en el estudio de la salud mental. Su aislamiento como subcampo de la salud y la medicina, fijado en la explicación a partir de aspectos aparentemente ausentes —o insanos— ha sido el resultado de este reduccionismo y de reserva para una sola disciplina, la psiquiatría. La constitución de la salud mental como objeto de tratamiento único por la especialidad médica y biológica no ha contribuido a la comprensión de los modos de dominación y reproducción y transformación en términos bourdianos y en el sentido que también le otorga Dubois.

La estrategia de investigación no tomó como línea a seguir el tipo de estudios sobre política pública que podemos encontrar en la ciencia política o en las ciencias económicas. No se trata de un estudio de las variables o dimensiones

macroestructurales de ese campo (distribución de recursos, definición de prioridades para la cobertura, tipo de asistencia, modelo de implementación). Tampoco se detiene en las características de economía política de orden macroinstitucional (*lobbies* parlamentarios, negociaciones ministeriales, acuerdos públicos-privados para financiación). El marco teórico-metodológico para la definición de la investigación estuvo enfocado en la dimensión material-simbólica puesta en juego en el proceso de diseño por los agentes participantes. Ello a partir de una estrategia teórico-metodológica basada en la perspectiva bourdiana, entendiendo al Estado como un campo burocrático y un campo de lucha en el que su representación se materializa a partir de cómo los sujetos actuantes se posicionan respecto de él (Bourdieu, 1993 y 2015).

Para este estudio, entonces, el punto exacto de imbricación entre la política pública y la salud mental está en las representaciones sociales (Moscovici, 1979; Piñero, 2008) que moldean formas de entender, y hacer en este campo, el despliegue de sus acciones en un juego mediado por su *habitus* y estrategias según las condiciones materiales en las que se produzcan (Bourdieu, 1997, 2002). Definido esto, cobra sentido teórico-metodológico una de las proposiciones bourdianas sobre la correspondencia entre posiciones-disposiciones-tomas de posición. Es decir que es posible postular y contrastar la relación de reciprocidad entre la posición que ocupan en el campo constituido para disputar el diseño del PIPSM, tanto los agentes particulares como los agentes colectivos (organizaciones, instituciones, entre otros), sus *habitus*, formas o maneras de ser, de identificarse (esto es, sus *disposiciones*) y las tomas de posición explicitadas en las representaciones, prácticas, argumentaciones esgrimidas en la lucha (Bourdieu, 2019).

Desde este punto de vista, la noción de representaciones sociales me permitió dar cuenta de la construcción social en torno a definiciones, estereotipos, valores, significaciones asignadas a los sujetos, a las prácticas y a los vínculos. Este punto de encuentro y de producción conjunta entre la hechura

de la política pública y el campo de la salud mental se tornó uno de los sustratos de problematización, preguntas y búsqueda de comprensión durante el proceso investigativo.

La salud mental, entendida como un campo social en sí mismo, es producto y productor de representaciones sociales de las cuales derivan prácticas específicas. Algunas de esas representaciones se mantienen vigentes, otras han desaparecido y otras han emergido, de aquí la historicidad necesariamente intrínseca de los campos en estudio. Por su parte, la política pública, en tanto acción con finalidad de transformación, define sobre qué accionará, por qué, para qué, para quiénes y con qué recursos. Pone en juego también la producción de representaciones que la sociedad realiza sobre sí misma y sobre los sujetos en particular. Prioriza lo que desea transformar, se plantea un rumbo hacia dónde dirigir al colectivo social; en definitiva, incide en la producción del sujeto. En la confluencia política pública y salud mental existe una complementariedad de representaciones que determinan lo que cada agente pondrá en disputa.

A partir de esta primera línea de problematización, la decisión por el diseño metodológico fue seguir una perspectiva no desarrollada aún en el ámbito de investigaciones académicas en el país en el marco de la nueva política de salud a través del SNIS. Partiendo de la propuesta teórico-metodológica de la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu, el abordaje del campo de estudio puede correrse de la centralidad de los análisis clásicos de la ciencia política y la ciencia económica.

La incorporación de las prestaciones de salud mental en el SNIS, focalizadas en las luchas acerca de qué prestaciones deberían incluirse en el Plan y a partir de qué tipo de abordajes, pueden también considerarse un caso de novedad y de relevancia para el país y la región, en la medida que significa la generación de movilizaciones de grupos sociales, profesionales, académicos y políticos constituidos como grupos de interés con voz para incidir legítimamente en la

agenda de la política pública, aunque portando capitales de diverso tipo y peso.

El campo de investigación para este estudio se configuró por agentes que individual y colectivamente desarrollan sus prácticas a partir de lo que han interiorizado de las estructuras externas. Es a lo que se denomina ‘habitus’, lo social hecho cuerpo. En el campo, el *habitus* pone en juego y en confrontación las tomas de posición de estos agentes respecto a los intereses en disputa (Bourdieu y Wacquant, 2005). Con base en esta perspectiva teórico-metodológica, se analizaron las tomas de posición en juego entre los agentes que ocupan diferentes posiciones en el campo, a través de los argumentos y los debates a partir de los cuales expresan sus fines e intereses en las fases de negociación y elaboración de la política de atención de la salud mental en el país. El resultado de la política diseñada es, en gran medida, el resultado de las luchas definicionales entre estos agentes, por imponer sus representaciones respecto a la salud mental.

Como lo he mencionado, la investigación partió de dos preguntas centrales. Estas preguntas plantean la inquietud sobre: ¿cuáles son las tomas de posición de los agentes partícipes del juego de construcción de la política de atención de la salud mental en el Uruguay a través del SNIS?, ¿hacia dónde se orientan esas tomas de posición, en términos de construcción de modelos de atención de la salud mental en particular y de política sociosanitaria en general?

Ya he señalado también que, estas preguntas plantean en términos teórico-metodológicos el encuentro de dos campos: el campo de la política pública y el campo de la salud mental. Estos campos tienen particularidades que definen su especificidad. No obstante, también tienen puntos de complementariedad, de necesidad de uno respecto del otro, y es aquí donde me detuve, como primer mojón, para comenzar a delimitar con precisión los elementos que irían dando luz al objeto de investigación. El encuentro entre ambos origina un campo singular en la medida que es construido teóricamente a los efectos

de esta investigación y solo a esos efectos.⁷ El alcance de la comprensión teórico-analítica está orientado precisamente por las características de esta delimitación metodológica.⁸

La noción de campo permite una lectura comprensiva, amplia y en profundidad de las características que asumen las estructuras relacionales en la lógica del Estado y los demás agentes confluente por la diversidad de intersticios relacionales posibles de identificar. En términos de lo que Bourdieu (1993) consideró como campo burocrático, la conceptualización del tipo de relaciones institucionalizadas de poder en el marco de las estructuras del Estado permite identificar la configuración del poder político en el diseño de la política pública. Al mismo tiempo, el énfasis analítico de un sistema relacional orientado a una política particular, como lo es la política de salud, requiere configurar un nuevo sistema a partir de sistemas de relaciones de más de un campo para el estudio de las nuevas fuerzas de dominación que de ello se producen (Dubois, 2015).

Dentro del campo de la política pública, las preguntas centrales me condujeron a enfatizar la etapa de diseño de la política en términos generales y conceptuales, y esto en relación con la política de salud mental en particular. Esto conlleva necesariamente la identificación y comprensión de los constructos científicos que recaen sobre su definición como objeto de conocimiento e intervención. Así el recorrido, arribo a un campo temático conformado por la política pública en el ámbito de la asistencia socio sanitaria de la salud mental y sus características en el proceso de diseño con relación

⁷ Tomando como orientación teórico-metodológica la perspectiva bourdiana, la delimitación del campo se precisa en la práctica, en la investigación empírica en sí misma y no de modo precedente. No se trata de una delimitación teórica, sino una delimitación práctica en la identificación de los agentes efectivamente allí confluente y de sus prácticas objetivas (Bourdieu y Wacquant, 2005).

⁸ El énfasis está colocado en un análisis comprensivo de las posiciones objetivas y las tomas de posición conjuntamente, a partir de la identificación de la adquisición de nuevos capitales y la dominación de nuevas posiciones en el campo. (Bourdieu y Wacquant, 2005)

al lugar y papel que desempeñan los agentes directamente participantes. Al tiempo que me detuve en componentes de ese campo de la política de salud mental que remiten a una dimensión material-simbólica y que devienen, por un lado, de la constitución de una modalidad que adquiere el Estado para la gestión de las demandas de los grupos de interés en la producción de políticas y, por otro lado, las características que asume la salud mental como construcción sociohistórica.

En el plano de diseño de la política confluyen aquí agentes gubernamentales, académicos y de la sociedad civil con trayectorias muy diferentes en la arena de producción de las políticas y con experiencias muy dispares en los servicios de atención de la salud mental; lo que por definición refuerza posiciones sociales también dispares. Asimismo, existe una múltiple implicación en la conjunción de roles y funciones, pues muchos de estos agentes a la vez también son académicos, responsables públicos de la administración de salud y gestores público/privado de servicios. No obstante, unos y otros están igualmente permeados por una robusta lógica de medicalización social que es propia del proceso de sociabilidad moderna en la que tempranamente se afirmó el Estado uruguayo y que persiste en nuestros días.

Esta sociabilidad permeada por los códigos de medicalización social también distingue a las sociedades modernas occidentales en su general. El Uruguay, además y, en particular en lo que respecta al tratamiento de la salud mental, históricamente ha afirmado el modelo asilar, como modelo dominante de atención. Si bien recientemente, en setiembre de 2017, se ha aprobado la primera ley de salud mental del país (ley 19529), que aún transita, desde el año 2018, por el proceso de reglamentación —características coyunturales que desarrollo más adelante—, este modelo persiste actualmente. El estudio no se detuvo en los aspectos que hacen al escenario actual posterior a la aprobación de esta ley de salud mental, sino en la producción sociohistórica de los escenarios contemporáneos en los cuales la salud mental emergió como

foco de interés de la elite de gobierno y es asumida como objetivo de la reforma sociosanitaria. Ello está marcado concretamente por el PIPSM, lo que dio lugar a la reemergencia de los temas de salud mental en la agenda pública y en la agenda de colectivos profesionales, académicos y sociales, hasta el momento silenciados, luego de la ola de renovación posdictadura hacia fines de la década del ochenta.⁹

Desde la perspectiva bourdiana pueden leerse las disputas y las tensiones que se establecen entre las fuerzas de poder que se ponen en juego en la producción de la nueva política de atención en salud en el país. Lo innovador de esta perspectiva para la investigación es que permite identificar componentes del campo que a la vez describen, definen y posibilitan comprender a cada agente en su particularidad. Ello, entendiendo que también las tomas de posición analizadas dan cuenta de la sustancia social que contribuye a moldear las prácticas de los distintos agentes en un campo de compleja imbricación ideológica, política, cultural, científica y social, como lo es el de la salud mental. Esta se instala como un campo configurado por relaciones de fuerza entre agentes portadores de capitales con pesos diversos en la disputa por la definición de orientaciones legítimas de la reforma sociosanitaria.

La salud mental ha sido objeto de tratamiento por distintas tradiciones institucionales que fueron centrales, es decir dominantes, en distintos momentos históricos. La iglesia, la justicia y la psiquiatría han librado la disputa por incidir en ese campo desde sus distintos modos de entender y tratar lo «desajustado», lo «anormal», lo «enfermo» o lo «patológico» (Galende, 2008). El desplazamiento de la impronta religiosa y la afirmación

⁹ La reapertura democrática encontró en ese entonces un colectivo de familiares, usuarios, trabajadores, profesionales y académicos motivados por impulsar una reforma sustantiva del hasta entonces modelo de atención hospitalocéntrica de la salud mental. El impulso de este movimiento generó uno de los antecedentes principales para la apertura de la atención hacia los equipos comunitarios de salud, conformándose los equipos de salud mental del primer nivel de atención, lo cual es recogido en el PNSM del año 1986 (Ginés, 2013).

de «saberes especializados» a partir de la legitimación de la psiquiatría en la racionalidad científica coloca a la enunciación nosográfica de los comportamientos como guía clasificatoria de los hasta entonces desajustados y anormales, bajo la instalación de una moral científico-sanitaria.

Bourdieu (2015, p. 369) señala que se produce cierta solidaridad entre los campos en surgimiento para incorporar la pluralidad y aceptar su autonomía: «El surgimiento de un campo del poder es solidario con el surgimiento de una pluralidad de campos relativamente autónomos...». El campo de la salud mental es afluente de otros campos que se ponen en interacción. El campo académico-profesional y el campo burocrático complejizan el juego en la particularidad del campo de la salud mental. Esto se reafirma con la múltiple implicancia de algunos agentes —jugadores— movilizados en diferentes planos y niveles de disputa. A veces como elite profesional, otras como agente académico, otros como funcionarios de la burocracia estatal y a veces en desarrollo de su práctica de militancia organizada y explícita.

Esta «solidaridad», simbólica y con arreglo al logro de la correlación de fuerzas necesaria para afirmarse en la disputa, encuentra antecedentes que marcan un punto de inflexión, al menos en la comprensión de otros modelos de tratamiento de la salud mental a partir del año 86 con la creación del PdesM (de León, 2013).¹⁰ Esto fue clave para la emergencia de nuevos capitales puestos en juego. El lugar que ha venido conquistando la sociedad civil organizada en materia de salud mental ha sido preponderante para la definición de algunos aspectos de la política asistencial. Así lo demuestra su participación desde el PdesM del 86 y, más recientemente, su participación en comisiones de discusión del PIPSM para el SNIS. Al mismo tiempo, es evidente que la instalación en Uruguay de la salud mental como campo de lucha y

¹⁰ Con el impulso de la Declaración de Alma-Ata en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en setiembre de 1978, la mirada hacia la reforma de la atención en salud no evitó al primer nivel de atención en salud.

conquista en el plano de la política pública encuentra terreno fértil también con el advenimiento de los gobiernos de izquierda en estos últimos 15 años (2005-2019).

La confluencia de agentes con sus prácticas determina la necesidad de indagar sobre los intereses y las motivaciones que hacen de plataforma para sus estrategias de juego. La comprensión de sus prácticas requiere considerar la internalización de estructuras sociales y principios de interpretación del mundo social incorporados bajo la forma de *habitus*. Cada agente construye su visión del mundo y en función del *habitus* internalizado será la práctica que ponga en movimiento.

Esto requiere conocer precisamente qué visiones sobre el campo en disputa son las que dominan el juego y en qué condiciones objetivas —históricas y materiales— lo hacen. La dimensión simbólica de esa visión de mundo expresada en práctica objetiva es reconfigurada en cada pérdida y en cada ganancia de capitales, a medida que se avanza en el ensayo del juego de disputa de intereses, los agentes adquieren nuevos componentes para afirmarse en sus tomas de posición y complejizar sus luchas definicionales.

Parte de esto lo brinda el conocimiento de las fuerzas de poder que son capaces de contraponer en el campo en cuestión. Estas luchas pueden definirse por lo que Bourdieu llama «el principio de dominación dominante», que no es más que la disputa por la repartición de poderes (Fernández, 2012). Sobre esto, explica Bourdieu que se trata de una división del trabajo de dominación que puede ser en algunas oportunidades previamente pensada y negociada. Estas luchas también están dadas por el principio legítimo de legitimación, lo cual conlleva a la lucha por el modo de reproducción legítima de los fundamentos de la dominación (Bourdieu, 1988, 2015).

La disputa puede darse en confrontaciones simbólicas, materializadas en conflictos concretos, en tanto estas disputas son efectivamente simbólicas en

el entendido bourdiano, y sus efectos son materializables a través de prácticas. El conflicto se constituye en una práctica. Así también, el campo de la salud mental se construye en la materialización de dispositivos, técnicas y tratamientos, con fundamentos arraigados en la producción simbólica y sociohistórica de nuestras sociedades. El imaginario del «demonio», el loco, el peligroso, el enfermo, el inimputable, tiene arraigo en la producción social de estereotipos que se despliegan entre argumentaciones y prácticas. El principio de legitimación pone en controversia estas figuras sociohistóricas, traducidas en la disputa sobre qué, cómo y dónde atender las cuestiones referidas a la salud mental.

D) Supuestos orientadores

Los supuestos dialogan con las dos preguntas centrales que orientaron la investigación. Estas preguntas, enunciadas en el apartado de delimitación del problema de estudio, se detienen en examinar las posiciones sociales de los agentes en lucha y sus tomas de posición respecto al modelo asistencial, vertebrador de la política en estudio a través del PIPSM.

Esto me condujo a construir una respuesta que contempla ambas preguntas orientadoras. Por tanto, en torno a las tomas de posición identificables en el campo en estudio, opto por insinuar en términos de posiciones dominantes y posiciones dominadas, que son los agentes que mejor ejercen la *illusio* participativa quienes logran fijarse a posiciones dominantes en el campo de lucha. Para ello, deben ser agentes con capitales acumulados en el establecimiento de disputas bajo el dominio del campo burocrático, conocimiento de sus características, modalidades de movimiento y juego, modos de comunicación y negociación al momento de disputar intereses, esto es, con trayectoria en la órbita de la disputa política por sus intereses.

De aquí que los capitales específicos del campo —poder político y saber académico— no están democráticamente distribuidos entre todos los agentes llamados a pronunciarse sobre el PIPSM y por ello colocan a los agentes de los campos burocráticos y académicos en situación de “privilegio”. Por tanto, el capital de lo corporativo hace lo suyo, colocando a agentes académicos y profesionales con vinculación con la órbita estatal en situación de privilegio para la conquista de posiciones dominantes en la disputa. Esto se da por el conocimiento generado respecto al cómo presentar y disputar sus intereses, qué ofrecer a cambio y cómo generar una estrategia de juego que mantenga la tensión durante la disputa. Es la propia historicidad del campo la que hace aparecer como natural que los problemas de salud mental sean propiedad de las profesiones *psi*. Este triunfo —provisorio— mantiene las coordenadas de la historia en términos de ganancia según la posición de partida. Los agentes que provienen del campo *psi* tradicional parecen encontrar canales de comunicación y confluencia más eficaces con el campo político, en la medida que su acción en la disputa reproduce el lugar de poder de cada agente en la reforma de la asistencia de la salud mental.

En torno hacia qué orientación adquieren esas tomas de posición para la redefinición de la atención de la salud mental, y tomando como núcleo empírico de la investigación al documento final del PIPSM, parecería ser una orientación híbrida entre perfilamientos estancos de la atención clásica, clínica y médica, y algún esbozo tentativo en evadirla e instalar dispositivos de circulación de profesiones con posibilidades de intervenir en la asistencia a la salud mental y descomprimir la comprensión de la salud mental como objeto reservado a la órbita médica.

Si bien la incorporación de la psicoterapia toma posición por un modelo que apunte a potenciar la salud como nuevo objeto del sistema sanitario —así anunciado en el texto del PIPSM—, los criterios de negociación y ajuste de la prestación en concreto para la admisión y el egreso de las personas de esta prestación mantienen la lógica de priorización de aspectos en «riesgo» o

«alterados» en la persona que se dispone a acceder a la prestación, esto es, se continúa enfocando en evitar la enfermedad más que en promover la salud.

En suma, el proceso de construcción del PIPSM trajo al juego político a diversos agentes con *habitus* y capitales diferenciales y pertenecientes a campos con su propia historicidad, protagonistas de luchas y disputas simbólicas respecto a la salud mental y los abordajes asistenciales posibles. Posiciones que se desplegaron y confortaron mediante estrategias desarrolladas por cada agente y con desigual poder simbólico para legitimar sus tomas de posición.

E) Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general se orientó a la identificación y el análisis comprensivo de las tomas de posición de los agentes involucrados directamente en la reforma del modelo de atención de la salud mental en el Uruguay, a la luz del proceso de negociación, consenso y conquista desarrollado por ellos.

El estudio del diseño del PIPSM se concentra en el período 2010-2011, por lo cual el ejercicio comprensivo requirió considerar el primer período de gobierno de la izquierda uruguaya (2005-2009) como antecedente de lo que serían las líneas centrales para el diseño del PIPSM y dos años del segundo período (2010-2011).

Los objetivos específicos pusieron énfasis en: *a)* analizar los puntos de inicio en la fase de elaboración de la propuesta inicial para la incorporación de las prestaciones de salud mental en el SNIS, a través de la identificación de los agentes directamente involucrados y las argumentaciones desplegadas; *b)* identificar los aspectos de consenso y conquista disputados en la fase de negociación (fundamentación de los agentes respecto a su posicionamiento frente a los contenidos de negociación y acuerdo); *c)* analizar los puntos de

tensión en la programación de la fase de implementación del PIPSM en términos de coherencia entre la fase de negociación-acuerdos y los aspectos sustanciales del documento final conformado.

F) Diseño metodológico implementado

La estrategia metodológica se centró en un enfoque cualitativo. Partiendo del documento del PIPSM como objeto empírico, se comenzó la indagación respecto a la delimitación del campo y, a partir de esto, a las tomas de posición (argumentos, tensiones, acuerdos y luchas definicionales) de los agentes particulares y colectivos del campo de estudio.

En lo que refiere al campo empírico, se fue delimitando a partir de una primera etapa de corroboración de la información documental disponible y la identificación de los agentes particulares a entrevistar. En el caso de las entrevistas, a medida que se avanzó concretamente en el campo, se logró configurar el mapa de agentes que no es ni más ni menos que un mapa de nombres personales que participaron de distintas instancias en la elaboración del PIPSM, algunos de ellos a partir de una convocatoria a título personal, otros en representación de su colectivo de referencia. Otro orden de entrevistados fue por su posición en el campo burocrático como funcionarios del MSP, aquí se encuentran psicólogos, psiquiatras y un economista, en funciones de autoridad ministerial y técnicas.

Se tomaron dos tipos de fuentes de datos: *a)* por un lado, fuentes de orden primario, considerando como tales a los agentes con participación concreta en las instancias de consulta sobre los contenidos del documento del PIPSM; *b)* por otra parte, fuentes documentales de orden secundario (documentos preliminares al PIPSM, documentos de ley y normativa producida, informes y

documentos institucionales, material de prensa con declaraciones de los agentes identificados).

En cuanto a los instrumentos para el relevamiento de datos: para las fuentes primarias se aplicó una entrevista de tipo semiestructurada, en modalidad de temas-pregunta centradas en el objeto de indagación y a su vez abiertas a la generación del discurso de cada entrevistado, como forma de permitir un diálogo que se extendiera en las distintas dimensiones que ocupan a la investigación. Se entrevistó a personas con relación funcional en el MSP: al ministro de salud para el período 2010 (de formación economista); a tres directores del PNSM para los períodos 2005-2009, 2010, 2011-2014 (los dos primeros de formación psiquiatras y el tercero de formación psicólogo); a una técnica del PNSM que se incorpora al equipo en el año 2009 (de formación psicóloga); al presidente de la CATP del PNSM (también integrante de una asociación civil de familiares); a tres docentes de la Facultad de Psicología de la Udelar (dos psicólogas y un psicólogo, además con cargo de decano de esa facultad por dos períodos consecutivos 2007-2011 y 2011-2015); a una integrante de la comisión directiva de la CPU. Todos ellos implicados en el proceso de diseño.

Respecto a los instrumentos para el análisis de datos, tanto para los documentos como para las entrevistas, se desarrolló el análisis de contenido de tipo temático. El análisis de contenido temático jerarquiza la identificación de los núcleos de sentido (De Souza, 2009) de la conversación en torno a la pregunta o tema en tratamiento. En el caso del contenido de las entrevistas, se tomó en consideración el lugar ocupado por los agentes en el campo. En este sentido, una primera instancia en el análisis fue la identificación de la posición social del agente productor del discurso y, en un segundo momento, la identificación de las tomas de posición. El sentido fue captar el desarrollo de su conversación y comprenderlo en función del lugar de cada agente en el campo, lo que permitió identificar la estrategia de juego: motivaciones para

incorporarse al juego, sus intereses, tensiones, luchas definicionales y acuerdos.

G) Consideraciones éticas

Esta investigación no requirió la evaluación de un CEI, dado el tipo de objeto de estudio y las fuentes de datos definidas. Las fuentes documentales son todas de acceso público, por tanto, no se debió solicitar autorización para su utilización. Por su parte, las fuentes primarias, constituidas por referentes participantes de la instancia de diseño, son todas ellas personas públicas, con cargos y funciones en la administración pública y en la actividad privada, por lo que por su cargo no es posible preservar en forma total su anonimato. No obstante, se tuvieron en cuenta todos los requisitos éticos establecidos por la reglamentación nacional para investigaciones científicas (en su momento, decreto 379/008, actualmente sustituido por el decreto 158/019) para la validación ética de este estudio.

Atendiendo a esto, es que he puesto en consideración en cada etapa del estudio su pertinencia y relevancia social y académica, a partir de la identificación de componentes coyunturales de la realidad concreta en la que estuvo inmersa esta práctica investigativa. Componentes en los que profundizo en primer capítulo. La reforma de la atención de la salud mental en el país adquiere una rotunda importancia en tanto involucra directamente el diseño de garantías para el ejercicio de los derechos humanos. La política pública retoma, luego de más de un siglo para nuestro país, la intervención sobre un problema social profundo cristalizado en el modelo asilar y médicopsiquiátrico. Las ciencias sociales, por su parte, deben a estos temas la contribución de conocimiento genuino que trascienda los análisis clásicos de la ciencia política y la economía, otorgándole relevancia a la delimitación

de objetos que involucran a los sujetos en movilización bajo estructuras burocráticas e institucionales.

Las personas entrevistadas han sido contactadas a partir de su mención pública en los mismos documentos públicos relevados. Se estableció un primer vínculo vía mail o telefónica y se les anticipó el protocolo de investigación por mail antes de realizar la entrevista. Se les informó debidamente, atendiendo a un proceso de asentimiento y consentimiento informados. Este proceso de consentimiento se implementó de forma personal, previo a la realización de la entrevista, informando sobre las características de la investigación, sobre la confidencialidad de los datos personales, así como de la mención a sus cargos desempeñados en el marco del diseño del PIPSM identificativos de las personas a entrevistar, y del tratamiento genérico de la información obtenida.

Se reparó en la existencia de riesgos de carácter mínimo, aún con los resguardos éticos y metodológicos debidos, fundamentalmente considerando las características locales: escasa población, fácil reconocimiento de las autoridades por períodos de gobierno. Atendiendo a esto, la utilización de tramos discursivos de cada entrevista, en el trabajo analítico a partir de la segunda parte del documento, mantuvo la referencia a cargos funcionariales o roles institucionales y sus períodos de participación, información imprescindible para la comprensión del discurso y su análisis. En cuanto a los beneficios obtenidos, no son de carácter individual ni directo, sino que este estudio es un aporte genérico al caudal de conocimiento sobre algunas características que involucra el diseño de la política pública y las singularidades que esto adquiere en la reforma de la atención de la salud mental en el país. Esto también fue aclarado a las personas entrevistadas.

Para la difusión de los resultados de esta investigación, se tienen los mismos reparos éticos señalados en cuanto a la confidencialidad y anonimización de los discursos de cada persona entrevistada. La difusión de resultados se prevé

luego de evaluado y defendido este documento de tesis, atendiendo a las observaciones que pueda agregar el tribunal actuante para la instancia de evaluación. Se prevé la difusión a través de la publicación en un formato a considerar una vez obtenida la evaluación final en la instancia de defensa oral.

H) Organización de los capítulos

La decisión para distribuir los temas de cada capítulo sigue criterios teórico-metodológicos y al mismo tiempo una observación crítica de estos criterios, tal como la misma lógica bourdiana para el estudio y la exposición del objeto de estudio lo admite.

En efecto, una de las desventajas de la comunicación científica proviene del hecho de que solemos estar obligados, por las necesidades de la comunicación, a contar las cosas en un orden que no es el orden genético. Todos los epistemólogos afirmaron que la lógica de la investigación y la lógica de la exposición del discurso sobre la investigación son totalmente distintas, pero las necesidades de a lógica de la exposición se les imponen con tanto eso que, en su discurso, aquello que exponen sobre la investigación no se condice para nada con lo que realmente se hace en las investigaciones. (...) Asimismo, muy a menudo sucede que solo podemos formular con claridad los problemas a los que dimos respuesta luego de hacerla encontrado: la respuesta ayuda a reformular la pregunta con más fuerza y a reactivar la discusión. Esta problemática constituye la ilustración perfecta de lo que decía antes... (Bourdieu, 2019, pp. 24-25)

El documento se organiza en cuatro capítulos. Esta distribución del contenido tiene por finalidad el desarrollo de una lógica de exposición que articula: *a)* información descriptiva imprescindible para dar cuenta, principalmente, del escenario nacional en el que se inscribe el tema en discusión y para presentar las características más definitorias del campo empírico delimitado en torno al objeto de estudio; *b)* la presentación en términos analíticos de la información producida en las entrevistas y la extraída de las fuentes documentales.

El primer capítulo, al que denomino «Aspectos coyunturales durante la investigación», lo he dedicado a la presentación de las características más relevantes del contexto sociohistórico en el que se inscribió todo el proceso de investigación, desde el diseño del proyecto a la escritura de este documento. Me propuse con este capítulo identificar algunos hechos particulares del contexto nacional de los últimos cinco años que entiendo brindan mayor relevancia y justificación al objeto de estudio. Realizo hincapié en algunos componentes del proceso de elaboración de la ley de salud mental sancionada en el año 2017 en nuestro país, en tanto reflejo de una lógica de actuación del Estado para con los agentes de interés de los campos académico, profesional y social.

El segundo capítulo tiene por título «El objeto empírico: Plan de Implementación del Prestaciones en Salud Mental». Su objetivo fue la presentación descriptiva de este plan, al que tomo como objeto empírico para la investigación. Para ello, situé al estudio en el marco amplio de la política sociosanitaria del país, identificando los aspectos centrales de la reforma respecto a la asistencia de la salud mental. Este capítulo hace énfasis en los procesos y agentes del campo burocrático participantes en las fases de construcción y planificación del PIPSM, identificando también a los agentes de los campos académico, profesional y social.

En el tercer capítulo me enfoqué en los puntos de vista a partir de los cuales se comprende a la salud mental en tanto noción orientadora de prácticas y por tanto dadora de significados. Denomino a este capítulo «Salud mental: lo enunciativo, las prácticas y las disputas». Principalmente me baso en el contenido discursivo de las entrevistas realizadas y en las fuentes documentales. Su énfasis está en la identificación de lo que los agentes denominan como ‘salud mental’, qué nociones están subyaciendo a tal denominación, qué orientación brinda esto a sus prácticas y qué significados estas prácticas adquieren para el campo de diseño de prestaciones para la atención de la salud mental. Aquí cobra relevancia el lugar de los puntos de

vista, desde qué foco se mira y comprende el conjunto de componentes a lo que luego se le otorga la denominación de salud mental. Identificar esto es sustantivo en la investigación, en tanto se trata de comprender desde dónde cada agente delimita y argumenta su disputa de intereses. Me encontré aquí con una noción ampliamente polisémica de *salud mental*, que de alguna forma da pistas de la diversidad y complejidad del campo para entender el porqué de cada interés en disputa, el despliegue de estrategias y la conquista o no de posiciones de dominación.

Una vez identificado en el capítulo anterior el espacio de los puntos de vista (Bourdieu, 2007), en el cuarto capítulo me enfoqué al análisis de las posiciones sociales y las tomas de posición de cada agente, su dominio en el campo y la identificación de pérdidas y ganancias en la disputa. Denomino a este capítulo final «Campos en intersección: agentes, posiciones sociales y tomas de posición». La intención estuvo puesta en demostrar la intersección, en tanto sostengo que un campo no es impermeable a otros, sino que comprender el funcionamiento de un campo supone comprender sus relaciones con otros campos del espacio social (Bourdieu, 2006). Al tiempo que, ese nuevo campo reconfigura posiciones y diagrama la composición de fuerzas que en definitiva serán las que impriman particularidad a la política en cuestión, las prestaciones de salud mental en el marco del SNIS.

El apartado «Consideraciones finales» retoma las preguntas iniciales para orientar la síntesis de los principales contenidos descriptivos y analíticos del documento. Vuelvo a la hipótesis orientadora para ponerla en diálogo con la lectura analítica realizada y me enfoco en destacar las posiciones dominantes, capitales que allanan el camino para la conquista de tales posiciones y el moldeamiento que adquiere el PIPSM considerando esa configuración del campo y el movimiento de los agentes en él durante ese momento histórico.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS COYUNTURALES DURANTE LA INVESTIGACIÓN

La forma culminante de conductas gobernadas por las reglas, sin duda, el derecho estatizado. Su carácter fundamental se deriva de que las regulaciones jurídicas (las que validan todos los intercambios) permiten construir esa obra sociohistórica llamada 'realidad', como un inmenso tejido de registros, de acopios de acuerdos, de pactos, de alianzas, de acontecimientos fundantes de tradiciones y originante de potestades...

(Samaja, 2014, p. 63)

Este capítulo tiene por objetivo ubicar a la investigación en el contexto sociohistórico del que es parte. La investigación fue diseñada en un contexto que procesó un viraje en el transcurso de su implementación, cuestión a la que me referiría más adelante en este capítulo. El contexto inicial fue de inspiración para las preguntas primarias y la concreción del proyecto de investigación. Sucesos contextuales posteriores me llevaron a considerar una revisión crítica de los movimientos sociohistóricos del campo en estudio, revisión imprescindible en la investigación que toma por objeto la propia dinámica de la realidad concreta de la que es parte inevitablemente la pregunta de investigación y quien investiga.

El sueño positivista de una perfecta inocencia epistemológica enmascara, en efecto, el hecho de que la diferencia no es entre la ciencia que efectúa una construcción y la que no lo hace, sino entre la que lo hace sin saberlo y la que, sabiéndolo, se esfuerza por conocer y dominar lo más completamente posible sus actos, inevitables, de construcción y los efectos que, de manera igualmente inevitable, éstos producen (Bourdieu, 2007, p. 528)

En referencia a esto, organizo la presentación de este contenido en tres ejes que identifiqué claves para la comprensión del proceso de investigación y producción de conocimiento que implicó arribar a este documento. Uno de

ellos ubica en ciertas coordenadas históricas del contexto nacional al diseño y la implementación del proyecto de investigación; el siguiente hace lo mismo con la etapa de escritura de este documento, y el último se detiene en la ley 19529, Ley de Salud Mental que marca un momento bisagra no solo para la atención de la salud mental, sino principalmente, en la reorganización de posiciones sociales de los agentes implicados.

La investigación temporalmente enfatiza el estudio del período 2010-2011, en tanto son los años que abarcó el diseño del PIPSM, al tiempo que se contextualiza en antecedentes al PIPSM comprendidos entre los años 2005-2009, en tanto es a partir del 2005 que se comienza a gestar la reforma de todo el sistema asistencial en materia de salud en Uruguay. Al mismo tiempo, ese período anterior al 2010 registra antecedentes para lo que será el diseño concreto del PIPSM durante el 2010 y el 2011. Esto conlleva dos períodos presidenciales a cargo del Frente Amplio (2005-2009 y 2010-2015).

No obstante, si bien el estudio trata del período 2010-2011, el momento sociohistórico en el que diseño e implemento la investigación adquiere características que requieren ser consideradas, en tanto permiten profundizar en la comprensión del período vinculado directamente en la delimitación del objeto de estudio. En este sentido es que los aspectos coyunturales que se fueron dando al momento que esta investigación se producía, si bien no afectaron la delimitación del objeto de estudio, sí otorgan un dimensionamiento contextual que es necesario explicitar. A partir de este dimensionamiento, una vez culminada la escritura de este documento, es posible identificar nuevos analizadores de las mismas lógicas de procedimiento, de vinculación y de dominación del engranaje Estado-agentes de interés. A continuación, puntualizo los aspectos más sobresalientes de tal coyuntura.

1.1. Sobre el proyecto de investigación: su diseño e implementación

El proyecto de investigación que dio forma y orientación a la investigación se inscribió en un contexto sociopolítico con características muy distintas al contexto que dio marco al proceso de escritura de esta tesis. Me refiero a características contextuales para la configuración del campo de la salud mental, de los debates, de las disputas y de las posiciones de los agentes en juego.

El período de diseño de la investigación —construcción del proyecto— se nutrió de preguntas iniciales que traen a colación las dificultades históricas y características de nuestro país para orientar de forma precisa y profunda la reforma de la atención de la salud mental en el marco de la política de salud. El mismo contexto acompañó el inicio del trabajo de campo (indagación de fuentes documentales y comienzo de la implementación de las entrevistas previstas). Las dificultades a las que refiero se centran en el lugar que la implementación del modelo asilar y psiquiátrico centrado ha ocupado en el circuito de la asistencia a la salud mental desde la instalación de la primera institución asistencial en 1880, el hospital Vilardebó (hospital psiquiátrico de cobertura nacional), y sus correlativos para internación de permanencia Colonia Bernardo Etchepare, inaugurada en el año 1912, y Colonia Santin Carlos Rossi, inaugurada en 1936. Desde la segunda mitad del siglo XIX hasta la actualidad, estas tres instituciones apañan los desaciertos de un modelo de atención que ha dado claros resultados de fracaso para la política de salud en materia de asistencia a la salud mental.

Es incipientemente en el año 2015 —135 años después de la creación del hospital psiquiátrico— que se pone sobre la mesa la discusión respecto al cierre de las instituciones psiquiátricas asilares tanto para el ámbito de gestión pública como de gestión privada. Este viraje es producido por el estado público que cobran hechos de vulneración de derechos sobre personas internadas en las colonias, y lleva al campo de disputa nuevamente a los

agentes históricos: corporación médico-psiquiátrica, agentes académicos y profesionales, sociedad civil organizada.

Esta coyuntura se mantiene desde mediados de 2015 hasta mediados del año 2017, teniendo como foco la discusión sobre la vigencia u obsolescencia del modelo asilar, el rumbo de una posible reforma asistencial y la elaboración de distintas propuestas de anteproyectos de ley de salud mental que recogieran los acuerdos para el cambio de modelo.

Este mismo período, 2015-2017, coincidió con la etapa de ejecución del proyecto de investigación doctoral. Atendiendo a tal coyuntura, debí explorar esta nueva situación para valorar ajustes en el proyecto. Fue significativo cómo, realizado el mapeo de agentes confluyentes en el campo empírico correspondiente al diseño de la investigación, coincidía con los agentes que emprendían nuevamente la discusión, ahora por una ley de salud mental. Al mismo tiempo, accedí a algunos de los espacios de discusión de los contenidos que debían conformar el proyecto de ley, así como a borradores de avances sobre acuerdos y desacuerdos que quedan documentados, corroborando a través de estos la misma forma de funcionamiento para con el diseño del PIPSM.

Fue esta etapa de exploración no prevista en el diseño del proyecto de investigación la que me permitió reafirmar la argumentación sobre por qué mantener la delimitación del objeto de estudio enunciado en el proyecto. Esta argumentación se basa en la constatación de algunos de los supuestos ya considerados, y que refieren a la inexistencia de discusiones que coloquen en consideración los fundamentos de las prácticas de cada agente. Los intercambios en el debate se esgrimen sin colocar en análisis a los fundamentos que explican cada propuesta; es en este punto en el cual, entonces, la lucha se da a partir de consignas llanas, sin dar luz a la complejidad que atañe a una reforma para el campo de la política pública y en particular para el de la salud mental.

Dada entonces la conformación sostenida de agentes históricos para este escenario, sus debilidades para explicitar el componente indefectiblemente ideológico de la política pública y los constructos respecto a qué entender por salud mental y reforma del modelo asilar; es que el producir conocimiento respecto al diseño de la política pública a partir del marco teórico-metodológico del estructuralismo genético bourdiano continuó manteniendo su relevancia social y académica. Al mismo tiempo, el tipo de estudio mantenía el carácter de contribución original para el conocimiento de una dimensión poco abordada en la confluencia del campo de la política pública y del de la salud mental: la convivencia de agentes y sus prácticas, los términos en disputa y consenso, las conquistas y pérdidas en la disputa por políticas de reforma de modelo de atención de la salud mental.

1.2. Sobre la escritura del documento de tesis: marco de lectura de datos

Es precisamente en setiembre de 2017 — aún en implementación el proyecto de investigación— que se aprueba la primera ley de salud mental del país, ley 19829, Ley de Salud Mental, iniciando así el proceso de reforma normativa. Esta ley deroga la ley del año 1936 –ley 9581, Psicópatas,¹¹. Sin embargo, no deroga la del año 1948, ley 11139, Patronato del Psicópata.¹²

¹¹ La ley 9581, del año 1936, Psicópatas, ordenó la asistencia psiquiátrica para las personas que presentaban básicamente un comportamiento desregulado con las normas sociales de la época y que impulsaban, al mismo tiempo, a la psiquiatría a elaborar clasificaciones y diagnósticos a tono con tales manifestaciones comportamentales de diferente índole. La asistencia queda jerarquizada básicamente en dispositivos de internación a través de los ya existentes en ese momento, hospital psiquiátrico y colonias de alienados, y la vigilancia del cumplimiento de la asistencia psiquiátrica quedó fijada en la Inspección General de la Asistencia de los Psicópatas y del cargo de Inspector General de Psicópatas. Esta ley rigió para la asistencia en salud mental del país hasta el año 2017.

¹² En el año 1948, se aprueba la siguiente ley, ley 11139, Patronato del Psicópata. Esta norma complementó a la del año 1936 con la creación de una Comisión Honoraria veedora de la protección de los «enfermos mentales» y apoyo a sus familiares y de un hogar-taller enfocado

Las características de la ley aprobada en el año 2017, su contenido a texto expreso y su proceso de elaboración justifican por sí mismo un proceso de delimitación de objetos de estudio particulares al contexto social y político en el que se produjo. Al mismo tiempo, muestra la necesidad de etapas previas en la producción de conocimiento en las que se encuentren puntos sociohistóricos de base como forma de comprender ciertas coordenadas, ya no del contexto inmediato, sino coordenadas de época, y en términos de una comprensión global de las lógicas de vinculación Estado-grupos de interés y de la persistencia de representaciones sociales que se ponen en juego en el campo de la salud mental.

Sobre este entendido, retomo algunos componentes de la norma, para avanzar en el planteo de algunos aspectos de su contenido que conectan con la delimitación del objeto de estudio de investigación que ocupa a este documento de tesis. Me interesa resaltar el carácter orientador de esta norma para la política pública. Su texto es un cúmulo de orientaciones respecto a aspectos del sistema de atención sumamente sensibles.

Destaco entonces lo siguiente: (i) los artículos referidos al concepto de salud mental, (ii) la terminología para referir a las personas a las que se dirige la atención: «persona con trastorno», (iii) las disposiciones sobre los tipos y los procedimientos de internación. Si es posible una síntesis respecto a las tensiones que registran tales orientaciones, estas se sitúan en torno a qué se entiende por la noción de *salud mental* y cuál es la complementariedad de esta noción con las disposiciones de la normativa nacional e internacional sobre derechos humanos y atención de la salud mental. Mediante la aprobación del contenido normativo de esta ley, el Uruguay profundiza su eclecticismo normativo y sus dificultades para encontrar la armonización de

a la rehabilitación.

las normas que rigen en el país como normas nacionales algunas y como normas internacionales ratificadas.

A fines del año 2017, en todo el año 2018 y 2019, se procesa la reglamentación de tal ley, que aún en 2020 está sin reglamentar en su totalidad. Y me detengo en este punto para fundamentar nuevamente la relevancia de mi estudio respecto a la identificación de un campo específico en el diseño de la política pública y el lugar de los agentes en las disputas que allí desarrollan. La tarea de reglamentación es acompañada, a su vez, por otro proceso que tiene por objeto el diseño de un nuevo plan nacional de salud mental acorde con las disposiciones de la nueva normativa. Es absolutamente reveladora la identificación de la misma modalidad de trabajo del campo burocrático en la lógica de control y dominación de los agentes, naturalmente, de aquellos potenciales contestatarios a su *status quo*. Desde el MSP se convoca una vez más a la conformación de comisiones y grupos de trabajo por designación personal con alguna invocación a la inserción institucional de esos agentes particulares: el simulacro de la consulta y la participación. A la vez, la información sobre los avances, acuerdos y compromisos que se van gestando es acotada e imprecisa. Algo que iré demostrando en la medida que avanzo en el desarrollo de la tesis.

En ese marco de sucesos objetivos, me detuve en una relectura de lo ya desarrollado, en el ordenamiento de las características que asumía tal contexto y su vinculación con el objeto de investigación. Tal tarea me devolvió una escena de regularidades en las tomas de posición, en las estrategias de juegos, en las posiciones sociales de los agentes que se incorporaban en la escena. Tal ejercicio de detenimiento y revisión me permitió profundizar en la mirada crítico-reflexiva de los datos ya obtenidos, leerlos a la luz de los nuevos sucesos de contexto, para comprender ciertamente la validez de mantener la indagación de tal regularidad. Reafirmé las preguntas de inicio al tiempo que aclaré los supuestos orientativos en el proceso de investigación, tal como aparecen en el apartado correspondiente de la Introducción.

Sosteniendo esto, encuentro necesario puntualizar en tres aspectos principales del contexto de investigación y conocimiento en tanto, si bien el objeto de estudio es delimitado en un tiempo histórico anterior —2010-2011—, las consideraciones finales a las que arriba la investigación, dialogan directamente con el contexto actual. Estos tres aspectos son: una identificación reflexiva de nudos críticos en las pujas de poder durante la disputa por el contenido de la ley de salud mental —ley 19529—; la puntualización de los aspectos centrales durante el proceso de efectiva elaboración de la ley mencionada; el lugar que en el escenario 2020 ocupa la ley de salud mental en el proceso de desinstitucionalización manicomial y por efecto el PIPSM.

1.3. Sobre algunos nudos críticos del contexto sociopolítico: la Ley de Salud Mental y las pujas de poder

El texto de la ley inicia enmarcando a esta norma en el SNIS, por tanto, es una ley que, si bien expresa en su articulado inicial que su objeto es la protección de la salud mental de todos los habitantes del país, en la misma oración ya deja en claro que particularmente se refiere a los usuarios de los servicios de salud mental. Una aclaración que en principio parecería tener cierta redundancia en la medida que todo habitante del país es potencial usuario de los servicios de salud mental dispuestos.

Artículo 1.º (Objeto).- 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 los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (Uruguay, 2017)

Los artículos que siguen expresan lo que se considerará por *salud mental* y *trastorno mental*, enunciando los derechos de los usuarios de los servicios de

salud mental, cuando ya preexiste una cartilla de derechos de usuarios del SNIS que integra el derecho a asistir en salud mental (MSP, 2010 y Ley 18335, Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud). ¿Por qué enunciar derechos específicos? Parecería ir esto en contraposición a una perspectiva de derechos del mismo orden y tenor para cualquier habitante del país. Podría suponerse como una declaración de derechos excepcionales por condición de usuario de servicios de salud mental, cuando estos servicios son parte del SNIS y este ya reconoce a través de la cartilla mencionada y cuando, además, la propia Constitución de la República establece en su artículo 44 (Uruguay, 1967) los derechos de los habitantes del territorio uruguayo a la atención de su salud en términos generales.

Al mismo tiempo, la definición de *salud mental* y la definición siguiente de *trastorno mental* remiten a la evaluación de la persona y su adecuación a un funcionamiento normal. Si bien esta norma reconoce que el estado de salud está determinado por componentes histórico-sociales, no los involucra en la determinación de la situación de salud mental o de alteración del estado de salud mental, sino que el énfasis está centrado en la capacidad de la persona para adecuarse al contexto.

Artículo 2.º (Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental. Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno. (Uruguay, 2017)

Esta modalidad de definición a partir de la persona tanto de lo que se considerará como salud, enfermedad y discapacidad —para el caso de la ley 18651, Ley de Protección de las Personas con Discapacidad, del año 2010— fue observado previamente a la elaboración del proyecto de ley, ya en el año 2016 por el comité de seguimiento de la aplicación de la CDPD (Organización de las Naciones Unidas, 2006). Esta convención fue ratificada por Uruguay en el año 2008, previo, evidentemente a la redacción de la ley en cuestión.

Uruguay, entonces, mantiene coherencia en su persistencia por ratificar pronunciamientos internacionales en la producción normativa sin introducir modificaciones definicionales sustantivas en la normativa nacional que incorpora a partir de intentos fallidos de armonización normativa. También en esto es ilustrativo el caso de la ley 18651. Esta ley deroga a la ley 16095 del año 1989, Personas Discapacitadas. Un proceso largo de producción del nuevo texto normativo que debió adecuarse a la CDPD del año 2006 y ratificada por el país en el año 2008, dos años antes de sancionar la nueva ley para personas con discapacidad. Sin embargo, esta ley del año 2010 mantiene sin variación alguna su definición de discapacidad de la ley a derogar —definición de veintiún años atrás— obviando las consideraciones de la norma de mayor cercanía contemporánea como lo es la CDPD, innovadora en la incorporación de los aspectos contextuales, y barreras del entorno y actitudinales para definir la discapacidad y la situación de las personas con discapacidad.

Año 1989, ley 16095:

Artículo 2.º (Concepto de discapacidad) Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. (Uruguay, 1989)

Año 2006, CDPD:

Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (...) Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (CDPD, 2006)

Año 2010, ley 18651:

Artículo 2.º Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física (motriz, sensorial, orgánica, visceral) o mental (intelectual o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. (Uruguay, 2010)

Año 2016, recomendaciones a Uruguay del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas:

En tanto, el Comité de ONU estableció áreas de preocupación y recomendaciones para el estado uruguayo, concentradas en 68 puntos, entre las que destacan:

La terminología peyorativa y disposiciones que no están armonizadas con el modelo de discapacidad basado en los derechos humanos establecido en la Convención y que aún se mantiene en la legislación, políticas y programas públicos. Recomienda que el Estado parte adopte un plan para la revisión, derogación, reforma y/o adopción de políticas y legislación, incluyendo la Constitución, a fin de reconocer a las personas con discapacidad como sujetos de derechos.

El Comité recomienda al Estado parte que adopte medidas para revisar la definición legal de discapacidad con el objetivo de armonizarla con los principios y artículos de la Convención y, subsecuentemente, para establecer un sistema de certificación única de la discapacidad que refleje un modelo basado en los derechos humanos de las personas con discapacidad. (Organización de las Naciones Unidas, 2016)

¿Por qué el hincapié en cómo se entiende la salud mental y cómo se define a las personas en situación de tratamiento de su salud mental en la normativa

vigente? El cómo se define, en buena medida determina el cómo se interviene en ella. En este caso, la salud mental en abstracto y las personas identificadas en ese abstracto son en principio construcción a partir de nociones, tipologías que nada tienen de inocuas, sino que por el contrario son quienes moldean legitiman o deslegitiman. Los efectos del repertorio de denominaciones y producciones discursivas sobre el cómo nombrar y el énfasis de los componentes que se nombran en cada acto enunciativo son uno de los puntos de encuentro de los campos aquí en estudio —la política pública y la salud mental—. Bajo este entendido, la enfermedad mental, el trastorno mental, así como la salud mental no existen hasta que no se llega al acuerdo de su existencia al ser percibidos, nombrados y se haya intervenido en ellos.

La misma OMS se ha pronunciado en su plan de acción 2013-2020 sobre salud mental, con énfasis en que los servicios de atención den cuenta de los estándares de derechos humanos. Al mismo tiempo, remite a normativa que transversaliza al campo de la salud mental, tal como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño.

Esto da cuenta de la amplitud en la mirada hacia el campo de la salud del organismo exterior de mayor relevancia mundial para el campo de la salud en general. Si bien la OMS mantiene su adscripción a la denominación *persona con trastorno mental*, denominación a la que desalienta una de las mismas normativas que ella impulsa —la CDPD—, aun así, logra superar ampliar el espectro de determinaciones estructurales que afectan la vida de las personas individual y/o colectivamente.

Habida cuenta de los casos generalizados de violación de los derechos humanos y discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, la adopción de una perspectiva de derechos humanos es fundamental para responder a la carga mundial de morbilidad mental. El plan de acción hace hincapié en la necesidad de servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas

que protejan, promuevan y respeten los derechos de las personas con trastornos mentales en consonancia con lo dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes en materia de derechos humanos. (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 7)

Es durante el diseño de la política pública, escenario del campo burocrático, donde se oficializa la enunciación del problema a atender por tal política y a partir de allí cómo actuará sobre él. La norma, por su parte, lauda la nominación oficial a partir de un acto de violencia simbólica donde se marca el fin de la disputa. Frente a un cuerpo normativo como el que he introducido en párrafos anteriores, con tal arraigo en denominaciones aparentemente a-históricas en tanto el tiempo parece no afectarles, escaso margen en ese caso quedaría para la instauración de nuevas prácticas que modifiquen las condiciones materiales y simbólicas de agentes en disputa y su conquista de nuevas posiciones sociales que les permitan alcanzar, materializar sus intereses.

En este sentido, la predominancia del trastorno mental a lo largo de todo el cuerpo normativo de la reciente ley tiene dos efectos claros y profundos. Por un lado, una vez más coopta la denominación de salud mental para el territorio de la enfermedad y el trastorno mental. Para un contenido normativo que acentúa sus disposiciones en la identificación del trastorno mental y en las prácticas en torno a este, el efecto es totalizador. El enunciado tácito es: legislar y actuar en salud mental es atender el trastorno mental. Por otra parte, acentúa la práctica psiquiátrica, la dominación médica disciplinar en el campo asistencial y acentúa, al mismo tiempo, la asimetría de posiciones sociales como lo son las de quienes ostentan el saber especializado legitimado y quienes cargan con la denominación de ‘personas con trastorno mental’.

Ello parece entrar en colisión con una conceptualización genuina de las nociones de sujeto de derechos y derechos humanos. Tal como lo señalaba

anteriormente, lo denominativo trasluce construcciones sociohistóricas del lugar que se les otorga a los temas en cuestión, por tanto, una persona con trastorno mental no ocupa el mismo espacio simbólico y material en su reconocimiento para el ejercicio de derechos por otras nociones que se ponen en juego allí, la de enfermo, inválido, incapaz y peligroso.

De aquí la identificación de otro de los puntos críticos de esta reciente ley de salud mental. Frente a la denominación imperante de ‘trastorno mental’, las prácticas se consolidan en un abordaje médico-psiquiátrico que toma a las demás disciplinas del campo de la salud como disciplinas secundarias y desconsidera a otras provenientes del campo de las ciencias sociales y humanas.

Un primer punto de desconocimiento es que la ley se sitúa en la asistencia en salud partiendo de una asistencia tradicionalista del paradigma médico, por tanto, las disciplinas no médicas tradicionales en la salud —psicología, trabajo social, enfermería— siguen manteniéndose como auxiliares. No aparecen mencionadas otras, como la terapia ocupacional, por ejemplo, de tímida emergencia en el Uruguay más reciente, ni disciplinas vinculadas al arte y la cultura. Menos aún se amplía el espacio de intervención a disciplinas de enfoque analítico como complementariedad para la comprensión de los temas más complejos de este campo, como lo son la sociología y la antropología.

Lo paradójico de esto es que la ley recupera la interdisciplina como modalidad de abordaje. Un análisis en profundidad de tal cuerpo normativo podrá identificar que es una acción más de cooptación y totalización de la noción de interdisciplinariedad por la perspectiva dominante, la perspectiva médico-sanitaria. Son ilustrativos, por ejemplo, los artículos de esta ley (artículos 27 al 36) que tratan sobre las disposiciones para el ingreso hospitalario, la autorización de alta médica u otras autorizaciones necesarias, que están a

cargo del médico tratante y no del equipo interdisciplinario tratante. Denota la jerarquía de saberes al interior del campo.

Otro aspecto que destaco en términos de componentes críticos de esta ley es que en su artículo 37 establece el cierre de las instituciones asilares públicas y privadas con fecha al año 2025, previendo en su texto la desinstitucionalización progresiva y la prohibición de ingresos a la colonia ya existente para internación de estadía permanente, además de la prohibición de apertura de nuevas estructuras asilares, desde su entrada en vigencia. ¿Por qué considerar este aspecto como crítico? La entrada en vigencia de esta ley no estuvo prevista con un proceso paralelo de planificación de alternativas con presupuesto asignado en términos de recursos financieros, económicos, técnicos e infraestructura edilicia adecuada para quienes requieren asistencia aún fuera de la lógica asilar, dada la cronicidad producida por el propio asilo. Tampoco se procesó de forma paralela la planificación de la intersectorialidad necesaria para acompañar la externación sustentable (Batalla, de Pena, Martínez y Silva, 2019) de quienes obtienen su alta médica o de quienes no requieren internación, sino otro tipo de acompañamiento en comunidad.

Al mismo tiempo, la desinstitucionalización puede ser leída desde diferentes puntos de vista según la clase gobernante de turno. Esto es un hecho en el país, actualmente ante el cese del gobierno del Frente Amplio en el nuevo período de mandato 2020-2024. Los antecedentes de la región —el caso de Argentina y el de Brasil, por ejemplo— evidencian una interpretación de las medidas de desinstitucionalización como corrimiento del Estado, lo que conlleva la desprotección de las personas en un marco de recorte de recursos de asistencia, siendo el sector de la salud mental uno de los primeros en sentir el ajuste presupuestal para la asistencia de la salud y el alejamiento del Estado en la protección de los derechos de las personas.

Esta situación deja en evidencia la debilidad de la norma y la incapacidad de los agentes intervinientes en su proceso de elaboración para dar lectura

política de largo plazo a los contenidos consensuados. Las disputas por su porción de poder en cada artículo parecerían haber subestimado la vigencia de la legitimidad en el poder del sector de gobierno que acuñó a los agentes de posición dominante en el *lobby* al que he referido en párrafos anteriores.

Un aspecto más es relevante señalar en términos de punto crítico de esta ley, no porque no haya otros, sino que a los efectos del estudio que involucra a la investigación doctoral considero que estos son los tres de mayor relevancia. Tal aspecto es el conflicto de interés que registra la norma en el establecimiento de mecanismos de contralor de los agentes sociales sobre los agentes dominantes por su posición social en este campo. La norma prevé la creación de una Comisión Nacional de Contralor de la Asistencia de la Salud Mental (artículo 39 al 45). Se trata de un «organismo desconcentrado dependiente del MSP» que se integra por dos miembros de tal ministerio, siendo uno de ellos quien la presida, tres miembros de la UdelaR, uno de la Facultad de Medicina, otro de la Facultad de Psicología y otro de la Facultad de Derecho. Otros miembros son los que aparecen en el artículo 41:

un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental, un miembro representante de las sociedades científicas de la salud mental, un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental, Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental. Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos. (Uruguay, 2017)

En tanto comisión que tiene como fin el contralor de la asistencia, está funcionando según estas disposiciones en el sitio que debe controlar al MSP, que es el organismo rector en materia de salud. La comisión no solo controla las prácticas, sino también al rector de la política de salud. Al mismo tiempo, quienes representan al MSP tienen doble peso en sus potestades y además presiden a tal comisión, por lo cual el conflicto de interés es aún mayor. Queda clara además la desproporcionalidad de la representación entre los demás

agentes y la ambigüedad de la norma en tanto menciona a lo «más representativo» sin especificar qué considerará como tal. Esto da a suponer que esta ambigüedad es colocada para ser dirimida en el seno de los espacios de organización de los agentes involucrados en ello.

Es significativo cómo se reúnen nuevamente aquí aspectos característicos de la idiosincrasia del Estado uruguayo para resolver los temas que implican seguimiento de su propio cuerpo estatal. En el año 2016, el comité ya mencionado, para el seguimiento de la implementación de la CDPD destacaba y observaba a Uruguay por el conflicto de interés que mantenía mediante la lógica de autorrepresentación en una comisión con similares potestades como la creada en la ley de salud mental; me refiero a la CNHD. Si bien este conflicto de interés fue subsanado para la CNHD, se incurrió en el mismo conflicto en la ley en cuestión.

Preocupa al Comité que la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad desempeña al mismo tiempo la función del mecanismo de supervisión independiente y del mecanismo de implementación de la Convención.

El Comité recomienda al Estado parte que adopte medidas para designar un mecanismo de supervisión que se ajuste plenamente a los Principios de París.¹³ (Organización de las Naciones Unidas, 2016)

La INDDHH, a través de su Mecanismo Nacional de la Prevención de la Tortura, ha señalado especialmente este conflicto de interés a partir de la

¹³ Los *Principios de París* fueron adoptados en el año 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Surgen del primer taller internacional de instituciones nacionales para la promoción y protección de los derechos humanos. Estos principios tratan sobre el estatus y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos. En la observación que realiza el comité internacional para la implementación de la CDPD en Uruguay, justamente sugiere que sea la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo quien vele por la implementación de las políticas necesarias para el resguardo de los derechos humanos de las personas con discapacidad; sirve también para el caso de la ley de salud mental.

integración que la ley prevé para la CNHD y su dependencia del organismo al que debe monitorear.

El Órgano de Revisión debe ser autónomo, no sometido a jerarquía, por lo que no puede recibir instrucciones ni órdenes de ninguna autoridad, y debe estar facultado para dictar sus normas de funcionamiento interno. A efectos de asegurar su independencia, dicho órgano debe actuar fuera de la órbita de la autoridad de aplicación o del Poder Ejecutivo.

La ley 19529 creó como “órgano de contralor” [un] ‘organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública’ (Capítulo VI. Art. 39). (...) Dada la dependencia del órgano de contralor de la autoridad de aplicación, el [Mecanismo Nacional de la Prevención de la Tortura] plantea la importancia de que se otorguen a este mecanismo las más óptimas condiciones para su eficaz funcionamiento y las mayores garantías de independencia de criterio y autonomía técnica. (Institución Nacional de Derechos Humanos, 2018, p. 13)

La salud mental entonces ¿es una falacia en la ley? ¿Qué es la salud mental para el Estado uruguayo y su política asistencial? Tal como lo he mencionado en la introducción de este documento, un cabal entendimiento ya no de la salud mental como situación particular del sujeto, sino como campo de fuerzas en interacción que involucra a los sujetos y sus tránsitos por el goce y la dolencia, a la vez que lo trasciende a partir de determinaciones estructurales, políticas, ideológicas, culturales, sociohistóricas materiales y simbólicas, necesariamente conduce a comprender que la salud mental es lo que la correlación de fuerza dominante dice que es. El punto en cuestión es qué posiciones se ocupan en cada realidad denominativa, qué prácticas se formulan en la asimetría de poder, quiénes pierden y quiénes ganan. En ese análisis podrá tomarse posición respecto a qué se requiere entender por ‘salud mental’ en términos de igualdad y equidad sociopolítica.

1.4. El proceso de elaboración de la Ley de Salud Mental: principales aspectos

Los aspectos que reseño brevemente en este apartado tienen por objeto complementar la comprensión de los someros contenidos de la ley que he reseñado como puntos críticos. El énfasis que coloco en estos aspectos tiene por finalidad ilustrar un proceso de reformulación de la asistencia de la salud mental por fuera del período considerado para la investigación, me refiero al período 2015-2017 (recuerdo que el considerado en la investigación es el período 2010-2011, complementándose con antecedentes del período 2005-2009), que mantiene lógicas que serán analizadas en profundidad a partir del próximo capítulo en este documento.

Estas lógicas se nutren de diversos aspectos sociohistóricos. Por un lado, de lo que ha significado para Uruguay el matizamiento de su sensibilidad moderna por medio de la medicalización social, el lugar sociopolítico ocupado por lo sociosanitario en el disciplinamiento y el control social y la construcción de la enfermedad como objeto de la asistencia en salud. Por otra parte, la impronta que los gobiernos progresistas le colocaron al diseño de la política pública, los mecanismos consultivos y participativos. Y, por lado, la consolidación de la corporación médica como agente de interés y participante activo en la disputa por la orientación de la política de salud mental en el país.

En términos de cómo se llega a retomar el tema salud mental en la agenda de gobierno, cómo se vuelve a colocar como problema de relevancia para la política de salud, puede decirse que es a fuerza de la realidad misma de que el MSP se ve en la necesidad política de retomar anteriores esfuerzos por producir una normativa actualizada para regular la asistencia de la salud mental.

Como lo he mencionado anteriormente, en el mes de marzo de 2015, tres personas internadas en la Colonia Bernardo Etchepare fueron mordidas por

perros que conviven en el predio y una de ellas falleció a causa de las heridas (El País, 2015). Pasados los primeros días de conmoción, el MSP, a través del PNSM, reanima un trabajo que había dejado inconcluso en el año 2009 con la conformación de grupos que pretendieron en ese entonces generar un anteproyecto de ley de salud mental.

A mediados del año 2015 se conforman nuevamente grupos de trabajo constituidos por representantes de la sociedad civil organizada, sociedades profesionales, gremios, la UdelaR y diversas dependencias de gobierno. Las autoridades convocantes, responsables del PNSM, implementan un mecanismo de consulta que tiene antecedentes en el proceso realizado para la elaboración del PIPSM, tal como describiré en los capítulos siguientes. Es de destacar que el responsable del PNSM ya mantenía un cargo de gobierno en ASSE durante el período de diseño del PIPSM y participó en alguna de las instancias para su elaboración.

Las instancias de discusión de los contenidos del anteproyecto a presentar a la Cámara de Senadores y a la Cámara de Representantes del Parlamento mantuvieron como puntos álgidos en el debate precisamente los que he señalado como puntos críticos de la ley 19529: (i) el contenido que se le otorgaría al concepto de ‘salud mental’ y la denominación de las personas a las que alcanzaría la ley —habitantes en general o personas con trastorno mental—; (ii) la responsabilidad profesional delegada en integrantes de equipos disciplinarios o concentrada en los profesionales psiquiatras, (iii) la creación de un órgano de revisión y seguimiento en materia de derechos humanos en el sistema de asistencia de la salud mental independiente y autónomo del MSP, con referencia directa a Presidencia de la República o a una comisión nacional de contralor de la asistencia de la salud mental bajo la órbita del MSP.

La modalidad de síntesis para generar el anteproyecto fue, al igual que durante el diseño del PIPSM, la de plasmar consensos, dejando fuera de la

discusión sobre el contenido del anteproyecto los puntos de disenso. Esto ocasionó que sectores de la sociedad civil organizada, algunos gremios profesionales y sectores de la UdelaR se fueran de los grupos de trabajo y comenzaran a elaborar su propia propuesta de anteproyectos de ley para presentar al Parlamento (Asamblea Instituyente, 2015). Quedan trabajando en la órbita de la convocatoria del MSP sectores asociados con la égida gremial y académica de la psiquiatría.

Ambos anteproyectos llegan a las comisiones parlamentarias competentes desplegando los agentes de interés, estrategias de *lobby* intra- y extraparlamentario. En este marco se genera una tercera versión de anteproyecto que incorpora contenidos del documento presentado por los grupos mancomunados en el MSP y aportes de *loobystas* de la línea psiquiátrica. El anteproyecto de los grupos escindidos no es considerado en términos sustanciales. A partir de aquí se transita durante todo el año 2017 por la corrección y posterior sanción y aprobación de la ley 19529.

La psiquiatría expresó su apoyo a través de diversas publicaciones y distintos medios de difusión. Retomo la publicación en su revista, la cual aparece con autoría múltiple: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Asociación de Psiquiatras del Interior, Cátedra Psiquiátrica de Facultad de Medicina (UdelaR), Cátedra de Psiquiatría Pediátrica (UdelaR).

En diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo presentó en el MSP el Proyecto de Ley de Salud Mental que enviaría a la Cámara de Senadores. Reflejaba el intercambio y mutuo aprendizaje de todos quienes trabajamos en su elaboración y proponía lineamientos valiosos; la evaluación que los psiquiatras realizamos fue en general positiva. [...] creemos que este es un buen proyecto de ley y quisiéramos que se comenzara a poner en práctica sin dilaciones. (Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y otros, 2017, pp. 73-74)

Al mismo tiempo, los colectivos escindidos de los grupos de trabajo convocados por el MSP a los que alude de forma implícita la cita anterior, conformaron una comisión de trabajo (Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental - CNLSM) en la que lograron hacer visibles sus disensos con el proyecto llevado al parlamento.

La Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental desde una perspectiva derechos humanos... cuestiona varios puntos de la ley y asegura que no se tuvieron en cuenta los aportes realizados por las distintas organizaciones. El proyecto sigue utilizando el término ‘trastorno mental’ y mantiene su definición en el artículo 2, reduciendo así la complejidad del campo a un solo ámbito disciplinar —el de la psiquiatría— y sosteniendo conceptualizaciones que colaboran a la estigmatización y patologización de la persona”. Además, critica que no se garantiza un ‘abordaje interdisciplinario’ en todos los momentos del proceso de atención del paciente y asegura que el órgano de revisión, contemplando en el proyecto de ley no cumple con los criterios internacionales que exigen que sea independiente y autónomo. El órgano de contralor de la ley continuará bajo la órbita del MSP. [...] La comisión también critica que ‘no hay garantías en las internaciones voluntarias e involuntarias’ y que tampoco se plantea una revisión sobre el uso de los ‘tratamientos invasivos como electroshock y sobre medicación’ (El Observador, 2017)

Ambos agentes colectivos, el vinculado al campo psiquiátrico y el vinculado al campo de la sociedad civil, son integrados al mismo tiempo por agentes de uno u otro. La psiquiatría con todas sus asociaciones establece alianzas con sus pares de la academia y con un sector minoritario de la sociedad civil. Al tiempo que la sociedad civil se refuerza con diversas organizaciones sociales, incorporando agentes del campo académico, profesional, gremial y político.

Lo significativo aquí es que la puja por imponer sus intereses en una ley de salud mental está ligada al arribo en los ámbitos de mayor presión política para concretar el contenido de la ley y su sanción parlamentaria. Es aquí que la psiquiatría refuerza su alianza con el campo burocrático, plegándose en instancias de trabajo, oscilando entre su oposición a algunos contenidos a la vez que salda acuerdos sustantivos para la orientación del contenido normativo. Es exactamente esta misma lógica de juego la que se podrá

identificar en el análisis del proceso de diseño del PIPSM, marcando este el antecedente para el aprendizaje de los agentes dominantes de una estrategia de dominación concreta y eficiente, lo cual reafirma la justificación del estudio de los intersticios de dominación que desarrollo en los capítulos siguientes sobre el objeto empírico de la investigación, el PIPSM.

1.5. El escenario 2020 de confinamiento social: alcances y límites de la Ley de Salud Mental y el lugar otorgado al PIPSM

Es inevitable introducir a esta lectura contextual una coordenada más, las decisiones gubernamentales de confinamiento y distanciamiento social como medidas preventivas ante la declaración gubernamental de emergencia sanitaria por COVID-19. Las resonancias de estas medidas, especialmente para quienes cursan internación en monovalentes psiquiátricos públicos y privados de Uruguay —y no solamente— han venido siendo de reforzamiento a su ya aislamiento y confinamiento diario, con la consecuencia previsible de profundización de los efectos de cronificación, característico en el modelo asilar (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, 2020).

Son diversas las aristas posibles para el análisis de esta situación en particular, sin embargo, a los fines de esta investigación, desarrollaré algunas líneas principales en función de comprender las dinámicas en torno a un posible cambio de modelo asistencial de la salud mental. Me interesa en tanta complejidad colocar al menos dos aspectos en discusión: (i) la ley de salud mental y sus recursos para atender situaciones como las planteadas, en las que el encierro queda expuesto en todo orden de deficiencias: en términos de derechos humanos, de efectividad de la atención, los inconvenientes para la desinstitucionalización; (ii) las prestaciones de salud mental en el marco del PIPSM; es llamativo cómo, por ejemplo, las alusiones a la afectación de la salud mental de la población debido al confinamiento no mencionan a estas

prestaciones, por fuera de las instalaciones monovalentes, como recurso para la prevención del sufrimiento subjetivo que la situación puede ocasionar. Sin embargo, sí aluden a intervenciones psiquiátricas y psicológicas de los dispositivos convencionales. Esto parecería confirmar, una vez más, la reducción del sufrimiento a lo patológico, con la consecuente sobrevaloración de los dispositivos tradicionales y la desvalorización de la asistencia en el marco de una concepción amplia de la salud mental.

(i) *¿Qué recursos plantea entonces la ley de salud mental posibles de ser considerados en esta situación excepcional?*

Dos recursos o aspectos pueden tomarse de esta norma, por un lado, su espíritu desinstitucionalizador (art. 37) y los mecanismos sugeridos para garantizarlo: fortalecimiento del primer nivel de atención en salud (art. 16) y la fecha de cierre prevista para monovalentes psiquiátricos del ámbito público y privado (art. 38). Sin embargo, el confinamiento llegó a las mismas instituciones que se supone podían colaborar en desandar la tensión entre salud mental y confinamiento social. Las policlínicas cerraron sus puertas y los equipos del primer nivel de atención en salud de cumplir sus funciones. En cuanto al des-encierro, no solo no sucedió, sino que se recrudeció el encierro (La Diaria, 2020). Privadas de visitas y en contacto mínimo con el personal, sí transitaron su doble encierro las personas internadas en los monovalentes psiquiátricos.

Respecto al cierre enunciado en la ley para el año 2025 de monovalentes psiquiátricos públicos y privados, parece ser un momento propicio para el aceleramiento de la generación de medidas alternativas a lo asilar, que garanticen una des-internación responsable y bajo los más altos estándares de protección de los derechos humanos.¹⁴ En este sentido, la Comisión Nacional

¹⁴ Ha sido anunciado, sin extenderse en detalles, por el director nacional de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE un aumento del presupuesto «siete veces mayor al actual» para destinarse a la implementación de la ley de salud mental. (de Pena, Silva y Techera,

de Contralor para la Atención de la Salud Mental, creada por la ley de salud mental (art. 39 al 45) junto a la Institución Nacional de Derechos Humanos, se expidieron en un comunicado público exhortando la puesta en marcha de medidas de desinstitucionalización psiquiátrica para aliviar las causas del doble encierro por internación y medidas preventivas por COVID-19. Sin embargo, más que iniciar una programación paulatina de salida del psiquiátrico, se profundizó la internación, ahora también como medida de «cuidado» ante el COVID-19.

(ii) *¿Ocupa un lugar posible el PIPSM en la estrategia de atención de la salud mental y prevención del contagio por COVID-19?*

Tales prestaciones parecen ser un recurso disponible y acorde con la intención de desinstitucionalización. No obstante, es llamativo cómo al PIPSM se lo ignora, no se lo menciona ni se lo toma en cuenta, por tanto, como una posibilidad de contención de aquellas derivaciones directas al hospital psiquiátrico. Me detengo especialmente en la dinámica de desconocimiento de este paquete de prestaciones. Precisamente, el plan que por algunos de los agentes entrevistados —en lo que profundizo en los capítulos que siguen— es definido como desmedicalizante y de promoción de la salud mental, sin embargo, no es jerarquizado ante la imponente del psiquiátrico y su rápida acción de encierro.

Las señales parecen dirigirnos a un terreno de escasa comprensión del PIPSM, dentro de un contexto que lo trasciende y al mismo tiempo lo determina. Esto podría ser coherente en la persistencia de homologar a la salud mental con un quebranto de salud y no desde el potencial de salud como el propio nombre lo indica. El contexto actual, acaparado por los discursos y las prácticas higiénico-preventivas y enfocadas a un solo fin, COVID-19, se aleja de

abordajes integrales y articulados para el reforzamiento de la asistencia de la salud mental de la población en general.

Diversos pensadores se han expresado sobre el escenario global de declaración de pandemia y emergencia sanitaria, observando desde perspectivas politológicas, filosóficas y antropológicas las dinámicas sociales y el circuito de relaciones de poder que se re configuran. Lo cierto es que nunca el sanitarismo y su efecto sobre la vida y la pulsión de muerte fue una herramienta tan sutil al tiempo que violenta en el juego de dominio de las fuerzas de poder en lo social (Agamben, 2020; Badiou, 2020; Butler, 2020). En este escenario global, el campo de la salud mental se debilita en sus intenciones de reforma psiquiátrica y consolidación de un paradigma sociohistórico como contraposición del biologicismo aún dominante. El encierro voluntario ya no parece ser una amenaza a la libertad, sino un recurso más de autocuidado y de reproche para quien no lo considera como tal. Nunca el miedo —gran aliado de la manicomialización— fue tan justificado a nivel global.

La potencia de tales dinámicas sociales, simbólicas, subjetivas; individuales y colectivas, su imposición de políticas de corto plazo y enfocadas en «emergencias», parece comprometer las posibilidades de proponer políticas de largo plazo, de anclaje estructural en los sistemas de atención, en este caso el sistema de salud. Sosteniendo esto, es que el objeto de conocimiento que dio lugar a esta investigación y su perspectiva de análisis se revela aún más necesario, aún más justificado. En un intento, sin quererlo y producto absolutamente coyuntural, de colocar la mira por encima del velo epidemiológico dominante aún en las ciencias sociales, la «pandemia» por COVID-19.

CAPÍTULO 2

EL OBJETO EMPÍRICO: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL

Para comprender qué sucede en lugares que (...) reúnen a personas a las que todo separa, obligándolas a cohabitar, sea en la ignorancia o la incompreensión mutua, sea en el conflicto, latente o declarado (...), no basta con explicar cada uno de los puntos de vista captados por separado. También hay que confrontarlos como ocurre en la realidad, no para relativizarlos dejando actuar hasta el infinito el juego de la yuxtaposición, lo que resulta del enfrentamiento de visiones del mundo diferentes o antagónicas: es decir, en ciertos casos, lo trágico que nace de la contraposición, sin posibilidad de concesión ni compromiso, de puntos de vista incompatibles, por estar igualmente fundados como razón social.

(Bourdieu, 2007, p. 9)

Este capítulo tiene como finalidad situar al objeto de investigación en el marco de la reforma sociosanitaria del país, principalmente recuperando los argumentos y los principios ideológicos —las principales concepciones a partir de las que se fundamenta y diseña la reforma del sistema de salud en Uruguay a partir del año 2005— y políticos —los principios y las negociaciones respecto de las cuales se va concretando la reforma del sector salud—, a partir de los cuales se produce tal reforma y que brindan elementos de comprensión del objeto en estudio.

Se organiza en dos puntos: en el primero de ellos dejo reseñadas características del SNIS, con énfasis en una mirada dirigida a cómo la clase gobernante a cargo de la reforma estableció las relaciones de negociación y consenso con los agentes involucrados y qué argumentos subyacen como principios para optar por una lógica de gestión consultiva con estos agentes. En el segundo punto presento al PIPSM, sus características, los aspectos más

sobresalientes del campo burocrático en torno al cual se diseña este plan y los aspectos más destacados de los campos definitorios de los agentes que entraron en juego una vez abierta la consulta y convocatoria a trabajar.

El SNIS se desarrolla en el Uruguay a partir de un cambio profundo en lo que históricamente orientó a la política de salud: la concepción de la asistencia de la salud —el cómo se entiende la asistencia en salud a través de los distintos niveles de atención en salud y la participación de usuarios en los mecanismos asistenciales— y la organización del sistema de salud —política de financiación de la cobertura de salud, tipos de prestaciones, cobertura, entre otros—. A partir del año 2005 se prepara el escenario político y técnico para emprender el proceso de transformación del sistema de salud (Olesker, 2015). En el año 2007, con la aprobación de la ley 18211 efectivamente se formaliza el SNIS, lo cual conllevó cambios en el modelo de financiamiento, gestión y atención del sistema (Olesker, 2015).

Es significativa la aclaración que realiza Levcovitz (2015) sobre la utilización del término *transformación* como definición de este proceso, para distinguirse de los procesos reformistas impulsados por los fondos internacionales de financiación en períodos anteriores (décadas del ochenta y del noventa). Con esto destaca la base ideológica en términos de progresismo para jerarquizar los principios de equidad y universalidad de la política de salud en este caso.

Intencionalmente se evita en este texto el uso de la expresión *reforma* del sector salud, por su identificación con las iniciativas promovidas e incentivadas por las instituciones financieras internacionales en las décadas del ochenta y del noventa, en el contexto de los ajustes estructurales y reformas macroeconómicas basadas en la reducción del tamaño y rol del Estado, privatización de organizaciones públicas y profundo recorte de los gastos sociales, que ni de lejos caracterizan el proceso en curso en Uruguay (Levcovitz, 2015, p. 5).

También explica características diferenciales que conforman a la perspectiva de *economía de la salud* para destacar las virtudes de una nueva perspectiva

en el desarrollo del sistema: la *economía política del sector salud*. Alude a la salud colectiva como fundamento epistemológico, distinguiendo el lugar de los actores participantes e implicados en la política pública. Destaca cuatro campos de conocimiento necesarios para el diseño de la política, que tienen lecturas y gestión distinta entre ambos modelos, la *economía de la salud* y la *economía política del sector salud*. Las vertientes del pensamiento económico, los criterios de prioridad para los temas a tratar, las directrices para la política pública y el impacto en el sector financiero del sector —salud en este caso— son los campos de conocimiento que distingue para diferenciar los énfasis que un modelo y otro realizan.

La reforma del sector salud es parte de una reforma más amplia que implicó a toda la matriz de protección social, la cual se orientó por principios rectores. Estos principios son significativos para algunos aspectos que adquiere el objeto de estudio de esta investigación en particular. Refieren a:

- (i) La contribución de cada persona vía impuestos según su ingreso a la batería de políticas sociales dispuestas en la matriz de protección social. A la vez que las personas beneficiarias de estas políticas se tornan tales según sus necesidades (en términos de tramos etarios, sexo, características del hogar, localización territorial, entre otros);
- (ii) El acceso es de carácter universal o universalista. Este acceso supone no obstante un proceso de menos a más en las prioridades para el diseño de las políticas;
- (iii) La conducción de estas políticas es de orden público. El Estado es quien conduce y garantiza la universalidad y justicia social, y la accesibilidad en términos de concreción de la obtención del beneficio. Esto, bajo el supuesto de que ese mecanismo asegura la desmercantilización de la protección social;

- (iv) Participación social en las fases de hechura e implementación de las políticas sociales (diseño, ejecución y toma de decisiones). Esto induciría a la formalización de organizaciones sociales más jóvenes en términos de su emergencia en el campo social y político (organizaciones de usuarios, organizaciones de mujeres, por ejemplo), y fortalecería a aquellas de orden más histórico (sindicatos, por ejemplo);
- (v) Incremento presupuestal para el desarrollo de la batería de políticas sociales (Olesker, 2015).

Estos principios han sido inspiradores y orientadores para los responsables en la conducción de la reforma en los distintos sectores de la política pública, no fue un diferencial el sector salud. Por tanto, los esfuerzos argumentativos y de elaboración de estrategias de participación fueron una característica de la gestión de la reforma de la salud y en particular de lo que ocupó al campo de la salud mental.

Estas características vinculadas a la participación social no son ajenas para los colectivos vinculados al sector salud en el país. Uruguay cuenta en su historia con períodos claves en la movilización social en los que el sector salud cobró relevancia. Anzalone (2018) destaca el período de la última dictadura cívico-militar (1973-1985) y sus años posteriores como un momento álgido para la salud, que pudo sostener la organización social y participación en la organización de policlínicas o centros de salud barriales. Si bien esta movilización se concentró en Montevideo, también el interior del país logró acoplarse y autogestionarse en la participación en salud. No es casual, claro, que en ese momento histórico se viera determinado por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, en el año 1978, el evento de mayor relevancia internacional para las políticas de salud de la época, en la que se destaca la participación social en salud como derecho de todas las personas.

Uno de los entrevistados para la investigación destacó este aspecto a lo largo de la conversación, recordando su ingreso al movimiento de salud mental y la correlación de fuerzas alcanzada en la apertura democrática, lográndose dos años después el primer plan de salud mental del país.

Yo tengo 76 años, ingresé a los temas de salud mental allá por el 68, previo a la dictadura, y vi todo el proceso posterior y participé en él. En realidad, **nuestro entusiasmo comienza fuertemente en la apertura democrática, en el año 84, cuando se genera un movimiento muy amplio de salud mental**, donde participan familiares, pacientes, trabajadores, médicos, psicólogos, asistentes sociales. En un movimiento muy fuerte, **con gran participación, que tuvo episodios ya en la dictadura, se evitó cerrar el hospital Vilardebó.** (Director del PNSM, 2005-2009)

Los años 90 se registran como la década de mayor deterioro de las condiciones económicas y sociales del país y la región, con la avanzada del modelo neoliberal. Estos movimientos económico-políticos tuvieron también fuerte repercusión, lo cual indujo al decaimiento de la movilización en torno a estos temas de interés. Anzalone (2018) señala cómo a partir del *shock* de la crisis del año 2002 vuelve a emerger la movilización colectiva, beneficiándose en esto también el sector salud.

Evidentemente, el Estado como gestor de la dinámica de juego en la conquista de intereses imprime el modo de vinculación entre sí y la movilización social, teniendo la posición dominante para la oficialización de ese modo o formato para desplegar el juego (Bourdieu, 2015). La llegada de los distintos agentes de interés a la órbita de poder está dada por la apertura de ese Estado a unos agentes y no a otros. Estados de mayor diálogo con agentes en posiciones sociales no dominantes parecen oficiar de garantes de ciertos ámbitos de participación, al menos en su intencionalidad programática. La complejidad está dada al momento en que la participación requiere ceder poder y conceder legitimidad a agentes emergentes. Tema que abordó en el tercer y cuarto capítulos.

2.1. Fundamentos del Sistema Nacional Integrado de Salud en términos de salud colectiva y economía política

La reforma del sistema de salud es argumentada a partir de la salud colectiva como perspectiva y modelo teóricos bajo el entendido que desde este punto de partida se marca una diferencia política e ideológica de los gobiernos progresistas con los gobiernos tradicionalistas o conservadores. Este enfoque impone entonces a los responsables de la reforma principios no solo técnicos sino además ético-políticos para el diseño y la gestión del sector salud.

A pesar de que los campos de saber en la salud colectiva y las vertientes del pensamiento económico son construcciones teóricas, su presencia en las batallas político-ideológicas y sus influencias e impactos en las políticas públicas son obvias en la presente «era del conocimiento», mediante la producción y difusión intelectual-académica de marcos teóricos, conceptuales y metodológicos, la formación y capacitación de cuadros técnico-políticos y las propuestas e intervenciones de instituciones de ámbito global, regional y nacional (Levcovitz, 2015, p. 16).

La salud colectiva surge en la región básicamente a través de equipos de investigadores y profesionales de la salud en Brasil a mediados del siglo XX (Nunes, 1994), en un intento por resituar a los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad.

La salud colectiva emerge como campo de conocimientos y de prácticas en salud, y también surge como forma de lucha, como proyecto para defender las igualdades sociales y del ámbito de la salud particularmente, y como forma de respuesta a las profundas desigualdades sociales en curso en América Latina. (Bertolozzi y De la Torre, 2012, p. 27).

El antecedente de esta corriente de pensamiento es lo que se dio a llamar ‘medicina social’ en Europa en la segunda mitad del siglo XIX. Se comienza a afirmar que el individuo no solo enferma por sus propias características,

sino que el entorno tiene una incidencia decisiva en los procesos de salud-enfermedad. Se entiende entonces que son las condiciones sociales y económicas las que exponen a los sujetos a ámbitos propicios para el desarrollo de la salud o de la enfermedad. La salud adquiere dimensión como problema social, incidiendo esta perspectiva ya en la segunda mitad del siglo XX, particularmente América Latina.

La salud como problema social es retomada en las Américas, época en que la mayor parte de los países latinoamericanos pasaron por procesos dictatoriales, dándose el deterioro progresivo de las condiciones sociales y de salud. Ese contexto determinó el surgimiento de la salud colectiva, principalmente en Brasil, además de Ecuador (con las importantes contribuciones de Jaime Breilh y Edmundo Granda a respecto de la epidemiología) y en México (con Asa Cristina Laurel, específicamente, sobre las cargas de trabajo). (Bertolozzi. y De la Torre, 2012, p. 262)

Las características de esta perspectiva de salud colectiva están fundamentalmente colocadas en la crítica que realiza a la noción de riesgo y en el análisis de las determinantes políticas y económicas para la generación de «problemas de salud» que se hace con base en la epidemiología positivista (Brehil, 1994). Epistemológicamente, entonces, la salud colectiva agudiza su crítica a la epidemiología desarrollada desde el positivismo biológico y retoma modelos orientados en la perspectiva histórico-crítica para asentar sus bases en la epidemiología crítica (Brehil, 2007) o epidemiologías sociales (De Almeida-Filho, 2000).

Partiendo desde este punto de vista epistemológico y político por el que tomó posición el campo burocrático en el que se da la reforma, la gestión en salud implica el abordaje de aquellas condiciones materiales de vida de las personas que inciden en el proceso salud/enfermedad. De esta forma, se hace oficial la impronta de la reforma del sistema de salud, estando atenta a su consonancia con las modificaciones en los demás sectores de la política pública.

La relación entre la epidemiología crítica y la salud colectiva imprime en el diseño de modelos de reforma de los sistemas de salud la necesidad de procesos participativos entre los diseñadores técnicos, la clase política gobernante y la sociedad civil. Esto es un componente que puede encontrarse en una primera lectura del proceso de diseño de la reforma y en los aspectos de funcionamiento del nuevo sistema en el caso uruguayo. ¿Cuántos de sus argumentos logran sostenibilidad en el campo de lucha de la política pública? ¿En qué medida este posicionamiento restringe y los fortalece a la vez por el que se pronuncian los agentes a cargo de la reforma sociosanitaria los restringe y los fortalece a la vez, a la hora de su representación del poder oficial con los demás agentes que conforman el campo?

La estrategia de juego de los agentes del campo burocrático fue la articulación de un posicionamiento epistémico claro —la salud colectiva—, que abre el juego a otros agentes no considerados en la hechura de la política de salud hasta entonces (gremios y movimiento de usuarios, por ejemplo), con el establecimiento de relaciones de negociación con énfasis en lo que estos mismos agentes consideran como economía política.

La economía política del sector salud coloca el acento en el poder de consenso y conquista para los intereses en juego en la relación con otros sectores de la gestión estatal y con los sectores no estatales también involucrados. A diferencia de la economía de la salud que lo que tiene como centro de discusión es la economía de recursos bajo la noción de recursos escasos para la redistribución mediante política pública, la economía política del sector salud —en este caso— pone el énfasis en lograr sus objetivos conquistando margen de maniobra sobre la gestión de recursos que realizan otros sectores (Viana, Silva y Elias, 2007).

Esta estrategia basada en lo que el proceso de negociación entre agentes lograba alcanzar, lo que se denomina como ‘economía política’, se argumenta en la necesidad de lograr no solo equiparar intereses entre agentes de poder

decisivo como lo son los prestadores de salud del sector privado, por ejemplo, sino de igual importancia en la generación de cierta *conciencia de solidaridad* en estos agentes, que es lo que fundamentaba la propuesta de financiamiento de este nuevo SNIS.

En efecto, en el diseño conceptual del SNIS se estableció la distinción entre «Sistema Nacional Integrado de Salud» para referirse a la articulación en redes integradas de los servicios públicos y privados (mutualistas y cooperativas médicas) y «Seguro Nacional de Salud (SNS)» como denominación para la mancomunación solidaria de fondos para financiar el SNIS (Olesker, 2015, p. 13).

Siguiendo el planteo que realizan Viana, Silva y Elías (2007), la economía política del sector salud toma como base un enfoque político-institucional para la construcción de la política pública, en el que la relación Estado-mercado-sociedad civil es una pieza necesaria para el andamiaje del diseño-ejecución-evaluación de la política pública. En ese sentido, se comprenden los procesos de trabajo en consulta, de corte participativo y de necesario involucramiento de agentes no gubernamentales que son particularmente destacados en la argumentación documental y discursiva de los agentes con responsabilidad política y técnica en la órbita pública.

En esa relación de consulta, el campo burocrático se abre al juego de disputa, en el que encuentran oportunidad los agentes afectados en el dirigenciamiento de la política pública. Se destaca a la fuerza sindical fundamentalmente de los gremios no médicos (Olesker, 2015) acompañando la meta de equidad y justicia social que caracterizó a la reforma de la protección social en general y a la que correspondió al sector salud en particular.

La convocatoria a organizaciones sindicales, empresariales, académicas y sociales a conformar un Consejo Consultivo para discutir el proyecto de reforma fue una señal significativa para marcar el rumbo de las relaciones

político-institucionales en el proceso de transformación el sistema (Olesker, 2015). Al mismo tiempo, es significativo otro espacio de negociación y trabajo conjunto que debió establecerse con los gremios médicos aparte de los espacios en los que se reunieron los demás sectores.

La viabilidad de estos cambios se construyó a partir de acuerdos sociales muy importantes. En primer lugar, y como eje, en la clase trabajadora y su organización representativa, que fueron en línea con el llamado ‘bloque social de los cambios’, factor de gran apoyo en el conjunto de las reformas socializante impulsadas y un factor de empuje cuando el camino se enlentecía. (...) Al mismo tiempo, logró acuerdos sociales en el sector de los prestadores de salud que fueron importantes en la economía política de la reforma y que, como se ha visto en los trabajos que se presentan, tiene apoyos y resistencias según los temas y el propio juego de los intereses de corto y largo plazo en la construcción del sistema de salud. (Olesker, 2015, p.15)

La economía política como estrategia en la negociación por el SNIS fue la impronta para el resto de la gestión del sistema de salud y las reformas que debieron darse en la especificidad de cada componente del sistema de atención. Ocupó a los agentes del campo burocrático a cargo del sector salud mental llevar a delante la consigna de economía política para diseñar el proceso propio de negociación para la construcción del PIPSM. En ello me detengo en el apartado que sigue.

2.2. Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

Este plan, que ofició de objeto empírico en la investigación, se concretiza en un documento aprobado en el año 2011, toma como antecedentes algunos documentos que recogen criterios propuestos en ámbitos de trabajo entre agentes del campo burocráticos, del campo académico y del campo profesional. Todos ellos marcan el punto de partida oficial a partir del cual el campo burocrático delimita el campo de juego y anticipa sus reglas a partir de modos de consulta o participación que él mismo fija.

El PIPSM resulta la primera actualización en materia de política de salud mental que el país incorpora luego de su PdeSM de 1986, a lo que le sigue muy recientemente —ha sido difundido en el mes de febrero de 2019— el nuevo plan de salud mental a partir de disposiciones de la ley 19529. La actual ley 19529 establece la elaboración de un nuevo plan adecuado a sus disposiciones. Desde la aprobación de la ley en el año 2017 hasta el reciente 2019 se trabajó en una versión preliminar de ese nuevo plan, de lo que resulta el documento que ha tomado difusión pública hace unas pocas semanas y que comienza a procesarse en términos de negociaciones políticas y burocráticas para concretar las modificaciones que ese plan establece para la asistencia de la salud mental conforme a la ley 19529.

La asistencia de la salud mental en el país, históricamente, a pesar de cierta perspectiva comunitaria y de primer nivel de atención planteada en el documento del PdeSM del año 1986, se ha desarrollado con referencia al paradigma médico y con modalidad asilar. Por tanto, la asistencia básicamente se implementa a través de los equipos de salud mental que funcionan en los servicios del primer nivel de atención,¹⁵ en hospitales generales con algunas camas para internación¹⁶ y recientemente con policlínicas en proceso de adecuación a las normativas de la ley 19529, que funcionan en hospitales polivalentes públicos de Montevideo.

Se cuenta aún con el hospital monovalente para el tratamiento de trastornos psiquiátricos en fase aguda y con un centro de institucionalización de personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos crónicos que requieren

¹⁵ Estos equipos pueden ser dependientes del gobierno nacional a través de ASSE o dependientes de gobiernos departamentales (intendencias de cada departamento). Esta última modalidad se encuentra con mayor desarrollo en Montevideo, no así en el resto de los departamentos del país.

¹⁶ Estos hospitales son de dependencia de ASSE. Se encuentra uno en cada departamento del interior del país y tres en la capital. Se suma a ello el hospital universitario (Hospital de Clínicas) además de los sanatorios de prestadores privados (mutualismo, seguro privado).

un centro de cuidados permanente.¹⁷ En el año 2016 se crea este centro de cuidados permanentes — Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (Ceremos), para fusionar las dos colonias existentes hasta ese momento, Colonia Bernardo Etchepare y Colonia Santin Carlos Rossi. No obstante, la lógica cotidiana en el predio, la disposición de los pabellones de internados y las prácticas de tratamiento no parecen tener mayor variación.

Es característico de estas instituciones que en un mismo predio coexisten edificaciones, estados edilicios y de mantenimiento, número de personas alojadas, condiciones de vida y acceso al tratamiento oportuno, de características muy disímiles, lo cual parecería ser una particularidad de este tipo de estructura asilar.

Se trata de instituciones que concentran, entre ambas, a más de 1.000 personas y que fueron fundadas entre finales de siglo XIX y comienzos del siglo XX, bajo un modelo de aislamiento mediante internaciones prolongadas en instituciones totales, propio de la lógica manicomial, que en muchos aspectos persiste hasta la fecha (Institución Nacional de Derechos Humanos, 2018).

Evidencia de la perpetuidad de este modelo asilar es el 107.º aniversario de la inauguración y el funcionamiento ininterrumpido de la Colonia Bernardo Etchepare (1912). Esta colonia, junto a la Colonia Santin Carlos Rossi (1936) —hoy fusionadas en Ceremos— y el hospital psiquiátrico Vilardebó (1880) son la concreción de las reformas a nivel nacional que acompañaron el giro en el tratamiento de la *locura* a partir de las transformaciones que se implementaron en Francia, encabezadas por Pinel a fines del siglo XIX (Galende y Kraut, 2006). Primero, manteniendo una lógica asilar con un tratamiento innovador para la época dentro del manicomio. Las siguientes transformaciones en Italia, con la impronta de la antipsiquiatría de Basaglia,

¹⁷Tanto el hospital psiquiátrico como el centro de institucionalización permanente son de dependencia de ASSE.

hacia mediados del siglo XX, con modalidad de comunidades, aunque manteniendo la infraestructura del asilo o la colonia de internación. (Galende y Kraut; 2006). No obstante, ese modelo asilar aún persiste; lo que en sus inicios fue una innovación en el tratamiento de la enfermedad mental, no acompañó las transformaciones de la sociedad uruguaya y la región.

La atención de la salud mental, si bien está dirigida a toda la población, se centraliza en la capital del país, mientras en el interior se realiza en hospitales polivalentes ya que, para todo el país, solo existe un solo hospital psiquiátrico para tratamiento agudo, ubicado precisamente en la ciudad de Montevideo. No obstante, en esta especificidad del sistema de internación psiquiátrica, el espectro de demandas de atención de la salud mental abarca un área de confluencia de diferentes aspectos en que la política pública debe una atención integral. El sistema asilar ha sido una de las vías de amortiguamiento de la inequidad social para el acceso al ejercicio de derechos. En los antecedentes de investigación he reseñado estudios que dan cuenta de motivos de ingresos en estas colonias que están muy alejados de los motivos clínicos que cualquier otra persona debe tener para ser ingresada a una institución hospitalaria.

Esta situación, que registra una puerta de entrada que parecería de alta permeabilidad a motivos ajenos a criterios clínicos para la institucionalización, tiene como efecto notorias dificultades, o una alta impermeabilidad a la salida de la institución psiquiátrica. Pues, precisamente, las condiciones de inequidad e injusticia social son las que quedan fuera de la institución y sin ser tratadas, por tanto, aquellas que esperan en caso de egreso.

Resulta alarmante que en las instituciones psiquiátricas uruguayas haya personas desde los 15 años de edad y, siendo ya ancianas, se encuentren aún sin haber obtenido por parte del Estado una respuesta a su situación que no incluya la institucionalización. Esto puede ser considerado como privaciones de libertad a las que podríamos calificar de virtualmente perpetuas, lo que

queda de manifiesto por las altas tasas de fallecimiento que marcan los motivos de egreso. (Institución Nacional de Derechos Humanos, 2018, p. 49)

Lo paradójico de este contexto es la convivencia de ese modelo de atención centrado en el hospital y desde intervenciones médicas tradicionalistas del biologicismo psíquico, con la generación de un plan que concretiza la psicoterapia y se fundamenta en la desmedicalización de las condiciones de vida que provocan sufrimiento mental, avalados por el mismo Estado. Un Estado que oscila entre la salud colectiva y la medicina biológica, la desinstitucionalización a partir de la psicoterapia y las instituciones asilares. En el apartado que sigue me detengo precisamente en las características que asume el campo burocrático para la concreción de tales prestaciones en psicoterapia a partir del PIPSM.

a) Documento del PIPSM: contenido y énfasis

Todo parte de la oficialización de un problema social, legitimado socialmente por agentes que en él se reconocen como agentes de interés y, que en definitiva cuenta con el aval del Estado (Bourdieu y Wacquant, 2005). Estos son, por ejemplo, los problemas que se asignan a las comisiones de alto nivel encargadas de estudiarlos, o también, más o menos directamente, a los propios sociólogos mediante todas las formas de la demanda burocrática: programas de investigación y patrocinio, contratos, becas, subsidios, etcétera (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 291).

Cuando el campo burocrático coloca el tema de las prestaciones en la agenda social que se va configurando en torno a las prestaciones parte de un entendido, de un *problema social*: la necesidad de universalizar mediante la política pública el acceso a la psicoterapia, bajo la premisa de que este tipo de terapia desmedicaliza el tratamiento de la salud mental, la desmercantiliza de la exclusividad del consultorio privado y se anticipa en una intención

preventiva de problemas de salud mental agravadas a largo tiempo con la consecuente baja del gasto social.

De acuerdo con los principios rectores consensuados, la salud mental como un derecho humano fundamental y, por tanto, las intervenciones psicosociales y la piscoterapia, y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos. Un abanico de prestaciones en salud mental, con accesibilidad para todos los usuarios, no solo es esperable que repercuta en esta área, sino que logre cambios en diferentes aspectos de la conducta, tanto en la mente como en el cuerpo y en el mundo externo, beneficiándose no solamente la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud. Así, estas prestaciones permitirán descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos. Esto, además de acompañarse de un ahorro del gasto, repercute en todo aquello que implica el beneficio de poder promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso de los diferentes ámbitos. De esta forma se produciría una baja de costos y ahorro en el gasto social (ver en anexo, p. 5).

Es el MSP quien adquiere una posición central en la tarea de dirigir la construcción del plan; esta institucionalidad concentra al campo político y el campo burocrático. Es a la interna de este ministerio que se abre y se cierra la negociación con los diversos agentes involucrados. La composición de estos campos está dada por representantes políticos y representantes técnicos del gobierno, que en su mayoría dependen del MSP, aunque otras dependencias estatales aparecen con un nivel menor de representantes a modo de alianzas políticas y burocráticas que fortalezcan sus posiciones dominantes para la negociación.

Se realizaron consultas estrechas intrainstitucionales (con otros programas y otros sectores del MSP), interministeriales (Ministerio de Economía y Finanzas) e interinstitucionales (con UdelaR, Federación Uruguaya de

Psicoterapia-Fupsi, CPU, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay-SPU y otras) (ver en anexo, p. 6).

Se menciona también la participación de agentes del ámbito privado o mixto (de personería y gestión privada con financiamiento de fondos públicos) sin fines de lucro (centros de rehabilitación y tratamiento, Patronato del Psicópata) y con fines de lucro (efectores de salud mental de instituciones prestadoras de servicios de salud privadas).

Entre los agentes involucrados se reconocen distintos órdenes de responsabilidades y diferentes roles en la participación. Es notoria la diversidad de trayectorias y capitales acumulados por los agentes que comienzan a delimitar ese campo de producción de la política sociosanitaria, a la vez que se conjugan inserciones en el campo político que despliegan diferentes niveles organizativos en el desarrollo del juego por la conquista de intereses.

Asimismo, en el documento del PIPSM se menciona la consulta a «expertos», sin embargo, estos parecen no tener inscripción institucional, sino que se trata de una convocatoria «individualizada» a razón de las credenciales de cada experto. Es decir, esas credenciales individuales no son tales, en la medida que los agentes convocados portan un capital acumulado en el campo que les proporciona tal alto grado de experticia y su condición de experto. Por tanto, su participación a término individual es relativa, se invita en el plano personal y el individuo actúa a partir del lugar social que ocupa en su campo de origen.

Se convocó a reuniones de expertos para recabar la opinión de autoridades en la materia o referentes calificados, el conocimiento de las buenas prácticas basadas en la evidencia, la búsqueda de acuerdo de criterios, la fijación de prioridades y la revisión bibliográficas, lo que posibilitó la elaboración de los documentos preliminares de este plan (ver en anexo, p. 6).

El experto es un agente de interés, como tal, afirmando la posición en su campo de origen, al mismo tiempo que se incorpora en el campo desde el que se lo convoca, también desde una posición de privilegio. El campo burocrático legitima y oficializa la voz de los expertos.

Esto explica que hay tantos intereses como campos, que cada campo presupone y genera simultáneamente una forma específica de interés que no puede medirse según aquellas que son válidas en otro lugar. Precisamente, cada campo convoca y da vida a una forma específica de interés, una *illusio* particular, bajo la forma de un reconocimiento tácito del valor de los asuntos en juego y dominio práctico de sus reglas. Además, este interés específico implícito por la participación en el juego difiere según la posición que se ocupe en él (dominante versus dominado u ortodoxo versus herético) y la trayectoria que condujo a cada participante a su posición (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 156).

También son de considerar los antecedentes que se registran en el documento como orientadores del contenido definitivo. Estos remiten a experiencias de psicoterapia en el sector público: Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, Servicio de Psicoterapia de la clínica pediátrica del Hospital de Niños; experiencias de trabajo de los equipos de salud mental de ASSE, experiencias a través del convenio entre facultad de psicología y el sector de Asistencia Integral del MSP, la atención en policlínicas de la Intendencia de Montevideo. En el sector privado se tomaron como antecedentes algunas experiencias que se desarrollaban en las IAMC y en algunas empresas de trabajo para sus funcionarios (ver en anexo).

Si bien la asistencia en psicoterapia entonces no es una novedad en sí misma para algunas de las instituciones públicas y del sector privado, estas experiencias son acotadas a una población específica, abordable sin grandes dificultades. Lo inédito y complejo en el PIPSM es la universalización de la asistencia a partir del SNIS, principio que se encontraba ya desde el programa

de gobierno del Frente Amplio con el que disputó las elecciones nacionales de 2004. Esto enuncia el punto de partida de la propuesta que el campo político lleva al campo burocrático. Delimita hacia dónde realizará el «recorte del problema» y por tanto la dirección de su respuesta (Samaja, 2014), es decir, del paquete de prestaciones que negociará en el campo de juego.

Podría decirse que el diseño del PIPSM en sí mismo es la respuesta a lo que ha construido como *problema*, la universalización en el sector público de la asistencia mediante psicoterapia. Me interesa señalar algunos aspectos en particular de tal respuesta.¹⁸ El PIPSM parece articularse con efectividad a la reforma del sistema de salud a través del SNIS, habiendo encontrado una institucionalidad clara a partir de la aprobación del régimen de financiación de estas prestaciones y de la construcción de un mecanismo que ordene y facilite la ejecución, los Comités de Recepción. Estos comités son quienes reciben a la persona que demanda la asistencia, realizan el diagnóstico clínico y evalúan su ingreso al plan de psicoterapia.

- (i) En términos de puntos de vista en torno a las nociones de salud mental, a diferencia a la ley de salud mental reseñada en el capítulo anterior —atiéndase que esta fue aprobada en el año 2017 mientras que el plan en el 2011—, el PIPSM parece superar una mirada centrada en la enfermedad para aproximarse a una perspectiva de salud mental en sentido amplio que integra además la promoción en salud, desde la política pública.
- (ii) No obstante, algunas de las modalidades de atención que prevé apuntan a asistir prioritariamente situaciones de padecimiento mental ya instalado como situación de enfermedad. Por ejemplo, en la prestación de psicoterapia clínica, la frecuencia de sesiones

¹⁸ Para una lectura detallada de las prestaciones que este plan ofrece, anexo su documento completo.

disminuye a medida que la persona muestra menor sintomatología, lo cual podría ser un punto crítico a la hora de evaluar el alcance de metas de promoción y prevención en salud y salud mental en particular. Por otra parte, si bien se amplía el campo de asistencia a poblaciones antes no identificadas en los diferentes tramos etarios y dispone de alternativas individuales y grupales de atención, este plan no expresa intervención de orden comunitario para las metas de promoción y prevención.

Estos aspectos que he señalado brindan información relevante para el proceso de estudio y comprensión de las representaciones y lógicas que el contenido de este plan traduce. Se trata de un campo determinado con firmeza por lo burocrático y lo político-técnico que al mismo tiempo se configura por representaciones del proceso salud-enfermedad-atención (Samaja, 2014) ligadas a estereotipos socioculturales de la salud mental y a las prácticas que tradicionalmente se ejercieron en la atención.

La orientación del plan se moldea a las representaciones dominantes (Moscovici, 1979) respecto a ese proceso. Y en este sentido, da cuenta de representaciones confluyentes a la vez que disonantes entre sí en el propio PIPSM a ejecutar. Conviven dos énfasis notorios: principios de desmedicalización de procesos vitales de los que el sufrimiento mental es parte e intervenciones bajo nosografía clásica del trastorno mental. No son contradictorios; parecería ser que son una buena alianza entre agentes participantes en ese proceso de diseño con ventajas sobre otros, dadas sus acciones estratégicas en condiciones materiales que las potencian (Bourdieu, 2002).

Esto adelanta en el análisis la identificación de capitales preponderantes puestos en juego y su integración en *habitus* muy dispares en la experiencia de conquista política de los intereses sectoriales. Y aquí está uno de los puntos sustantivos para comprender el entramado de las tomas de posición. Según

como se determine por cada agente la representación del *problema*, será el juego que despliegue según sus posibilidades dadas, para la conquista de los intereses creados tras la *respuesta* que cree conveniente para la atención de tal problema. En el apartado que sigue me detengo en la descripción de los aspectos más sobresalientes para comprender a los campos de origen de los agentes que definitivamente toma la investigación.

b) Configuración del campo: los campos definitorios de los agentes

Como lo he señalado anteriormente en las consideraciones metodológicas de la investigación, los agentes presentados aquí son quienes efectivamente se pronunciaron sobre el PIPSM y entraron en disputa en torno a la definición de prestaciones y sus modalidades de implementación, ya que es aquí donde encuentra sustancia la comprensión del objeto de investigación delimitado. Esto bajo el entendido teórico-metodológico de la no preexistencia de los campos a la investigación, sino que estos son configurados empíricamente, a partir de cada investigación en particular. En torno a este sentido es que excluí de la investigación a prestadores de salud, colectivos gremiales del sector salud no profesionales, entre otros.

El punto de partida para armar el mapa de agentes a partir de la identificación de los campos definitorios es la identificación del campo burocrático. Campo dominante, con monopolio y ejercicio de la fuerza que le imprime su poder político. En el mismo punto de partida es necesario además identificar las posiciones sociales de origen.

Con un peso de involucramiento muy diferente, el marco de negociación está dado por el MSP y el MEF. Esta negociación se enfocó en el alcance de las prioridades del plan para cada etapa de ejecución y en los montos de las *cápitales* a otorgar para el sector privado. Claramente, en cuanto a volumen y

gestión del proceso de trabajo, para el armado del plan el MSP es el agente estatal central instalado como referencia para esta negociación financiera a la dependencia de economía de la salud. Son entonces dos dependencias fundamentales en el seno del MSP: ES y PNSM. Interlocutoras directas, ambas con la secretaría de ese ministerio, mantienen instancias de trabajo entre sí para los ajustes sobre la viabilidad financiera del PIPSM, esto es, ajustes al marco de alcances y restricciones, de lo posible y lo no posible, en el PIPSM.

El Estado es el lugar de circulación de la palabra oficial, del reglamento, de la regla, del orden, del mandato, de la denominación. (...) El Estado es el lugar de un poder reconocido que tiene tras de él el consenso social, consenso cedido a una instancia responsable de definir el bien público, es decir, lo que es bueno para el público, en público, para el conjunto de personas que definen el público. (Bourdieu, 2015, pp. 122-123)

Al igual que la relación entre el MSP y el MEF en cuanto al volumen y la dirección de la construcción del plan, en la relación entre el PNSM y ES, es el PNSM quien adquiere por su especificidad la mayor responsabilidad en el proceso de trabajo. Es desde ese espacio burocrático que se realizan las distintas convocatorias a expertos y agentes de la sociedad civil para los ámbitos de consulta. También es el espacio a cargo de coordinar los aportes de los agentes convocados, sintetizar acuerdos y resolver sobre los disensos entre ellos. Estas responsabilidades que recaen en un primer nivel de jerarquía burocrática, en el equipo de trabajo del PNSM adquieren una cualidad de estrategia en tanto toman como método la oficialización.

En el marco del PNSM, se sitúan agentes particulares, todos ellos técnicos con funciones directas y en relación de dependencia laboral con el PNSM, que son los encargados de coordinar, organizar y sistematizar los aportes, las sugerencias y también los disensos entre los demás agentes allí confluyentes. Los equipos políticos y técnicos del campo burocrático reproducen un mensaje de Estado en torno a qué, cómo y cuándo se pondrá en marcha la batería de demandas que representantes de la sociedad civil plantean como reclamo. «Los agentes del Estado se caracterizan por el hecho de estar

investidos de funciones que se dicen oficiales, es decir, del acceso oficial a la palabra oficial, que circula en las instancias oficiales y en el Estado» (Bourdieu, 2015, p. 122).

Asimismo, dando cumplimiento a lo que establece el documento de creación del PdeSM en el año 1987, también lo integra una comisión en calidad de trabajo honorario, la CATP. En esta comisión participa un delegado de la sociedad civil organizada en materia de salud mental. Esta persona es la misma desde la creación de la CATP. Otros agentes —en calidad de asesores o expertos consultados— provienen del sector académico, principalmente de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y de la Facultad de Psicología, ambas de la UdelaR, del campo profesional y gremial, SPU y CPU, y del campo social, representantes de organizaciones de la sociedad civil.

A continuación, presento algunas de las características principales y definitorias de los espacios institucionales que identifican a los agentes involucrados. Ubicar en su contexto a los agentes que efectivamente estuvieron presentes en las distintas instancias del diseño del PIPSM permite comprender con mayor precisión, mediante la lectura analítico-reflexiva, las conversaciones mantenidas con estos agentes a través de las entrevistas aplicadas y de su análisis.

Sobre el campo burocrático

(i) Programa Nacional de Salud Mental

Este campo estaría conformado por otras dependencias que ya he mencionado: ministeriales, como el MEF, e intraministeriales, como la ES dependiente del MSP. Sin embargo, me focalizo en el PNSM en tanto fue el rector en el diseño del plan. A los efectos de la investigación, el MEF y la ES

son agentes transversales, que se expresan en el campo delimitado por los acuerdos que el mismo PNSM va trayendo al campo de disputa delimitado. Es decir, los acuerdos en cuanto a: los términos de financiación de las prestaciones, los tiempos presupuestales de inicio en su implementación y la lógica de ejecución parcial por etapas, entre otros, son aspectos que se negociaron fuera del campo de diseño propiamente dicho. Los representantes del PNSM los volcaban al campo ya como propuesta propia a modo de renegociarlos con los demás agentes.

La denominación como PNSM es la que esta dependencia mantuvo hasta el año 2015, por tanto, de esta forma aparece mencionado en el documento del PIPSM y, es por esto que decidí mantenerla. A partir del año 2015, año de asunción del tercer gobierno nacional del Frente Amplio, pasa a denominarse Área Programática Salud Mental a partir de una reestructuración administrativa que se dio dentro del MSP. Sin embargo, las modificaciones de orden administrativo de esta dependencia no afectaron en profundidad el lugar burocrático del programa dentro del MSP —no le otorgó ni le restringió su especificidad, recursos ni organicidad en términos de modalidad de funcionamiento—.

Se integra por un *referente* de profesión médico psiquiatra y cinco técnicos entre psicólogos y psiquiatras. Tiene por función la coordinación de la política de salud mental, elaboración de planes y programas, contacto con las unidades ejecutoras o prestadoras públicas y privadas, y monitoreo y evaluación de la implementación de las directivas en términos de salud mental para estas unidades ejecutoras. Además, tiene a su cargo la coordinación y gestión durante la elaboración del PIPSM.

El PNSM surge a partir de la creación de un PdesM en el año 1986, donde se dispone la creación de una dependencia ministerial, en el marco del MSP, enfocada a la rectoría de las políticas de salud mental (Uruguay, 1986). La elaboración de este documento en los años 1985-1986 estuvo a cargo de la

Comisión Nacional de Salud Mental, creada por resolución de MSP en el año 1985 a los efectos de elaborar un plan de regulación y actuación en materia de salud mental. Ese documento que data del año 86 y que aún está vigente – se trabaja actualmente en un nuevo plan de salud mental en función de los requerimientos de la ley 19529– dispone la creación de un Departamento de Salud Mental, sin embargo, la denominación que se le otorgó desde su implementación hasta el año 2015 fue de ‘programa’ y no de ‘departamento’.

El PNSM cuenta con una oficina en el edificio del MSP y se le destinan otras instalaciones de este edificio para reunir allí a los agentes convocados para las instancias de consulta y discusión. Esto es un aspecto a tener en cuenta en la diagramación del espacio edilicio en el que se dan estas instancias, en la medida que es el propio ministerio quien coloca su forma de funcionamiento, horarios, días, regulación de entrada y salida desde el ministerio. Si bien es un detalle, por momentos solo complementario, no es inocua su carga simbólica. El Estado está allí presente en tanto representante y agente dominante también de las reglas de juego en el espacio físico, además del simbólico.

(ii) Comisión Asesora Técnica Permanente

Esta comisión es conformada a disposición del PdesM del año 1986, que ya he mencionado, bajo dependencia del PNSM. Como funciones se le asigna la participación en la toma de decisiones sobre las acciones del Estado para la atención de la salud mental. Se conforma por representantes de la sociedad civil organizada en temas de salud mental y técnicos de asociaciones profesionales y académicas, a modo de contemplar los diferentes intereses que confluyen en el campo de la salud mental.

Quien preside la CATP es quien la integra en calidad de representante de las organizaciones de familiares de usuarios y como integrante de una de estas asociaciones. La comisión, en efecto, es parte de la dinámica de funcionamiento institucional del PNSM. Su presidente destaca que «el lugar que se le da a la CATP es importante, nos consultan nuestra opinión sobre todos los temas que no sean médicos, porque para eso están los técnicos» (presidente de la CATP).

La finalidad de esta comisión es el asesoramiento al equipo técnico del PNSM a modo de agente no gubernamental con funciones de *contralor* de la acción del Estado en materia de rectoría de la política de salud mental. Parecería traducir un espíritu de gestión participativa de la política pública, otorgando a agentes externos a lo gubernamental poderes de vigilancia. Su designación y funciones quedan enunciadas en el plan:

Que se designe una Comisión Asesora Técnica Permanente del Departamento de Salud Mental integrada por un miembro de las instituciones representadas en esta comisión, más representantes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y de la comunidad. La comisión reglamentará su funcionamiento y nombrará una Mesa Permanente integrada por cinco de sus miembros. Tendrá como labor la Comisión Asesora, sin perjuicio de otras funciones, asesorar en: normas, integración de nuevos subprogramas, estudio de recursos, ejecución, evaluación. La Comisión Asesora fijará su régimen de trabajo pudiendo reunirse en forma expresa a pedido de la Dirección del Departamento, como por su propia iniciativa. (Uruguay, 1986, p. 3)

Esta independencia de la CAP respecto de la burocracia ministerial es una situación paradójica. La incorporación de esta comisión al campo burocrático, por tanto, la oficialización que este campo realiza para incorporarla, hace que sea parte de él, por tanto, la «independencia» desde la cual será asesora y ejercerá el contralor, es ficticia. Este es un ejemplo más de las contradicciones que, en este caso, el Estado uruguayo reproduce en la gestión de su vínculo con la sociedad civil organizada. He señalado en el capítulo anterior una contradicción similar, precisamente a partir de la comisión de contralor que

crea la ley de salud mental con aparente independencia del órgano rector, el MSP, y el conflicto de interés que al mismo tiempo se instala al tener este, no solo representación en ese espacio, lo cual ya estaría instalando un conflicto de interés, sino además una doble representación –dos integrantes siendo uno de ellos quien oficie como presidente–.

Todo parece estar armado desde una «escenografía», en términos de Bourdieu.¹⁹ Y esto puede comprenderse al identificar el motivo por el cual el campo burocrático recurre a la oficialización de espacios organizativos como una comisión. ¿Es la oficialización de la comisión parte de la estrategia de juego? Podría a priori considerarse una respuesta afirmativa. El Estado requiere de mecanismos de comunicación como voz oficial, y esta voz oficial debe encontrar caminos de legitimación. La comisión representa a un Estado ocupado en la asesoría de agentes que parecerían ser importantes para el problema público del que se trata. Personifica a un Estado atento a la opinión y capaz de rever sus acciones. Sin embargo, esto se matiza con la inevitable violencia simbólica de lo impuesto.

Había dos actos subyacentes en la constitución de una comisión: en primer lugar, el nombramiento, la designación —si hay Estado, se trata de nombramiento— de un conjunto de personas reconocidas como habilitadas, socialmente designadas para realizar una función determinada; después, la designación de un problema digno de ser tratado por personas dignas de tratar los problemas públicos. El problema público es un problema que merece ser tratado públicamente, oficialmente (Bourdieu, 2015, p. 42).

Lo impuesto se identifica, por ejemplo, en la infraestructura para el funcionamiento de la CAP desde su creación hace casi 45 años, hasta la fecha.

¹⁹ El autor retoma de Goffman, metafóricamente la imagen de un teatro para describir los modos de funcionamiento del Estado; el Estado es el teatro y en él se desarrollan diversas escenas, ceremonias, delante de diferentes escenografías. «... en cuanto ceremonial [señala Bourdieu] actúa haciéndose reconocer como legítimo» (Bourdieu, 2015, p. 42).

Esto requiere que los integrantes de la comisión se ajusten al espacio edilicio proporcionado, a los horarios de la institución —de apertura y cierre del MSP—, a los recursos materiales y de otra índole que se requieren, porque además no cuenta con presupuesto asignado.

Es interesante el juego simbólico que describe Bourdieu, juego en el que de alguna manera obtiene ganancia el Estado como agente principal del campo burocrático y aquellos agentes que siguen el juego integrándose al espacio social de la comisión. El primero requiere del efecto de oficializar, mientras que los demás requieren la llegada a nuevas posiciones sociales, cercanas a un espacio de poder de mayor definición para sus intereses particulares.

Así pues, estas comisiones públicas son escenografías, operaciones que consisten en sacar a escena a un grupo de personas destinadas a representar una especie de drama público, el drama de la reflexión sobre los problemas públicos (Bourdieu, 2015, p. 42).

Ambos espacios, el PNSM y la CATP, se distinguen entre sí por el tipo de relación que mantienen formalmente con el ente ministerial, el MSP. Los integrantes del equipo del PNSM ocupan un lugar de expertos, de técnicos asalariados a cargo de la gestión de ese programa. Los integrantes de la CATP no son rentados; la comisión es honoraria, la dependencia con el MSP parece ser más laxa, sin el peso del contrato laboral. Están allí de «invitados». Sin embargo, ambos poseen un lazo institucional que los mantiene en su sitio, que los legitima a cambio de cierta fidelidad en el desarrollo del juego ante la disputa por los contenidos que darán forma al PIPSM, en el caso que nos ocupa. En los capítulos que siguen profundizo en este lazo.

Sobre el campo académico

- (i) Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UdelaR.

Esta clínica se forma en 1908 como Cátedra Psiquiátrica. Su origen es motivado por la fundación de la Facultad de Medicina en el año 1875 y el vínculo que esta comienza a desarrollar a partir de prácticas realizadas en el Manicomio Nacional —Hospital Vilardebó— fundado cinco años después. A este, se sumarán las «colonias de alienados» Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, los tres nombres en homenaje a médicos destacados del período. (Ginés, 1998a). En ocasión de esa época ferviente para la institucionalización del saber psiquiátrico, se crea la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay en el año 1923.

Actualmente, esta relación se mantiene estrechamente entre la academia y el funcionamiento de las colonias, a través del centro Ceremos, mencionado en el capítulo anterior y el hospital Vilardebó. Estas instituciones de internación son el núcleo de formación práctica de los residentes de psiquiatría, si bien se mantiene residencia de la especialidad también en salas de psiquiatría de hospitales polivalentes de la ciudad de Montevideo.

Esta dependencia académica no participó como tal en las discusiones sobre las prestaciones, sino que fueron convocados a modo personal algunos de estos académicos, para ser parte del cuerpo de expertos en la elaboración del PIPSM. No obstante, en términos simbólicos, el porte y grado académico de estas personas pone de manifiesto en los hechos la presencia de la psiquiatría académica en el espacio de diseño de la política pública.

Diversas son las vertientes de la psiquiatría que han confluído en el devenir de su instalación más dominante en el campo académico y principalmente profesional para el campo de la salud mental. Sin embargo, la vertiente de la psiquiatría organicista cultivada por Bernardo Etchepare fue ganando una posición de dominio hasta la actualidad (Ginés, 2013). De alguna forma, esto traduce el arraigo del modelo asilar para la atención y de las prácticas de tratamiento que aún se argumentan como válidas: la electroconvulsoterapia y la neurocirugía psiquiátrica (Hernández, 2020).

Es de destacar, a los efectos del objeto de estudio, el vínculo de este agente con sus pares del campo profesional, el colectivo organizado de psiquiatras del país, la SPU. Ambos agentes coalicionan para sumar correlación de fuerzas. Incluso, algunos de los agentes particulares son parte de ambos campos. Desarrollo sobre la SPU en el apartado correspondiente al campo profesional. En cuanto a la interrelación entre estos campos, profundizo en los capítulos que siguen.

(ii) Facultad de Psicología de la UdelaR.

De igual manera, esta facultad, también proveniente de la Universidad de la República, no fue convocada como institución, aunque sí algunos académicos que se consideraban de referencia para brindar sugerencias. Su surgimiento como facultad es notoriamente posterior al sector psiquiátrico del país. Es en el inicio de la posdictadura que comienza a estructurarse lo que recién en el año 1994 será hasta la actualidad la Facultad de Psicología. Más allá de esta joven facultad, la psicología se instaura en el país acompañando su proceso de modernización a comienzos del siglo XX. (Facultad de Psicología, 2020)

Los inicios de la psicología en Uruguay se conectan con la educación y la medicina a fines del siglo XIX y primera mitad del siglo XX. Sin ser una disciplina formalmente, se origina introduciendo los primeros elementos constitutivos en el trabajo en la infancia y las dificultades que la educación y la medicina comienzan a encontrar para abordar algunos aspectos que presentaban los niños (Facultad de Psicología, 2020).

Este proceso de formalización tardío respecto de la psiquiatría coloca a la disciplina en un lugar de desventaja, que aún es posible identificar en el tenor de las disputas de uno y otro, por ejemplo, en el diseño del PIPSM. Disputas en las que no encontró alianzas claras con su par del campo profesional y gremial, la CPU, lo que seguramente no haya contribuido a establecer una correlación de fuerzas que le permitiera mayor despliegue del juego.

Actualmente, la psicología ocupa un lugar de importancia en el campo académico con múltiples perfiles de inserción profesional, en un mercado receptivo a los profesionales. Confluyen en su formación diversas corrientes. En los tres agentes entrevistados es posible notar tres visiones y acentos distintos respecto a las prioridades de la psicología para con las prestaciones de salud mental. Posiciones que presentaré a lo largo de los dos capítulos siguientes.

Sobre el campo profesional

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Se funda en el año 1923 por médicos de la primera generación de egresados de la residencia en psiquiatría, siendo algunos de ellos los homenajeados con la adjudicación de sus nombres a las actuales colonias de internación crónica. Sus fines son la producción y difusión de conocimiento de psiquiatría, principalmente a través de la publicación de una revista fundada en el año 1935 (Ginés, 1998b).

La SPU mantiene distintos vínculos con otras instituciones, como por ejemplo la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, y con el Estado en diversas actividades y espacios de conversación directa con los diseñadores y gestores públicos de la política de salud mental.

Si bien este agente como tal no fue convocado a participar en el diseño del PIPSM, los profesionales psiquiatras entrevistados que sí lo fueron pertenecen a ella y, de alguna manera, reflejan los consensos colectivos en el marco de sus espacios propios de discusión. La participación de la SPU, en instancias de discusión y diseño de políticas, fue notoria en la etapa de elaboración del pdesM del año 1986 y, actualmente, de la Ley de Salud Mental, ley 19529.

No obstante, la psiquiatría ha tenido en el país un proceso creciente de afianzamiento y legitimación en los diferentes campos en que tiene expresión. En el campo profesional como en el académico y con mayor profundidad en los últimos quince años en el campo político, ha ocupado lugares de relevancia en la dirección de las políticas de salud mental, políticas de infancia y adolescencia, entre otros. Una estrategia que parece tener beneficios es la actuación corporativista entre estos campos, lo cual le ha permitido un ejercicio de *lobby* exitoso.

Sobre el campo gremial

Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Tiene su origen en el año 1987 y su fundación aunó a psicólogos egresados de distintas instituciones del país que en ese entonces formaban en psicología. Se define como una asociación gremial y así ha ejercido su función en distintos espacios.

Respecto a su injerencia en el PIPSM, lo singular es que fue el agente al cual no solo no se lo convocó como tal, sino que tampoco se convocó a modo particular a alguno de sus integrantes, como sí pasó con las instituciones anteriormente reseñadas. Si bien en el documento del PIPSM se menciona su colaboración en el plan, los representantes de la CPU que he entrevistado para esta investigación refieren que fue la propia CPU quien solicitó reuniones con las autoridades a cargo del diseño del PIPSM para dejar constancia de su visión sobre los contenidos de este.

A diferencia del sector de la psiquiatría y su complementariedad en la alianza para la disputa, no es clara la alianza de la psicología en el campo gremial con el campo universitario para aunar fuerzas. Tal vez esto haya dejado en

debilidad la posibilidad de conquista de un lugar claro en la disputa por los contenidos y la orientación del PIPSM.

Sobre el campo institucionalizado de la sociedad civil

Asociación de familiares

En el país existen diversas asociaciones de familiares en el campo de la salud mental tanto en la capital como en el interior. No obstante, las que toman notoriedad y lugar político son aquellas ubicadas en la capital. Aun así, todas comparten cierto grado de fragilidad dado por las dificultades para producirse como grupo de presión o agentes con posibilidades de incorporarse a la disputa de intereses. Algo que caracteriza particularmente a estas asociaciones es la primacía de la organización de familiares por sobre la organización de usuarios de los servicios de salud mental.

La discusión sobre los temas de interés, la elaboración de propuestas, el vínculo con agentes de otros campos, todo es ejercido por el familiar organizado. Actualmente, existen en el país experiencias exitosas de procesos de recuperación de la autonomía en la toma de decisiones y en el ejercicio de la vida diaria, orientados por equipos de profesionales, básicamente a través de extensión universitaria. Experiencias en las que no participan las organizaciones familiares oficializadas.

Me refiero a organizaciones familiares oficializadas para remitir a aquellas con legitimidad en el campo burocrático y con representación en instancias de trabajo. En lo que respecta al objeto empírico, el PIPSM, el agente particular de referencia es quien comparte la posición de presidente de la CATP y representante de familiares.

Hasta aquí, entonces, he señalado los aspectos sustantivos de cada campo en particular, a modo de sustrato para profundizar en el análisis en los capítulos que siguen. En el tercer y cuarto capítulo avanzo en la comprensión de cada agente particular en referencia a su campo de procedencia y en torno a la escena que desempeña en la metáfora teatral para el diseño de las prestaciones en estudio.

CAPÍTULO 3

SALUD MENTAL: LO ENUNCIATIVO, LAS PRÁCTICAS Y LAS DISPUTAS

El lenguaje es, como lo definió K. Marx, 'la comunidad en tanto hablante'. Por esa razón, puede decirse que los procesos propiamente humanos se organizan y estabilizan de manera particular como conductas lingüísticas que patentizan mediante los mecanismos de la enunciación los reconocimientos de facultades y obligaciones intersubjetivas.

(Samaja, 2014, pp. 63-64)

Este capítulo tiene por objetivo la presentación de los puntos de vista a partir de los cuales la salud mental es entendida en tanto nociones abstractas y campo de prácticas, es decir, en tanto prácticas orientadas por esas nociones y cómo, a partir de estas, se disponen los términos de disputa. Para exponer estos puntos de vista, tomo como base principalmente el contenido discursivo de las personas entrevistadas comprendiéndolo a partir de las condiciones de producción de tal discurso, de su inclusión en un campo de origen. (Bourdieu, 2015)

Es indudable que *salud mental* es un término polisémico y al mismo tiempo —o tal vez por ello— es un término familiar, conocido, corriente. Así también lo encontré en cada entrevistado, y esto complejiza la comprensión de lo que cada agente quiere comunicar cuando utiliza tal término. Un aspecto de esa complejidad es que esta enunciación actúa bajo el supuesto de una definición consensuada universalmente en los campos académico, burocrático y social —o podría decir burocrático y académico, pues ¿en cuál primero?— y sus componentes no son disgregados de forma tal que permitan identificar la especificidad de cada uno de ellos, al tiempo que las definiciones laudadas en

estos campos rápidamente impregnan a otros siendo activamente reproductores de lo laudado.

Las rupturas epistemológicas son a menudo rupturas sociales, rupturas con las creencias fundamentales de un grupo, y a veces, con las creencias básicas del gremio de los profesionales, con el acervo de certidumbres compartidas. (Bourdieu y Wacquant, 1995, p. 180).

La ruptura epistemológica requiere re construir el trabajo social detrás de las categorías, cuánto más familiarizada la categoría, he aquí el sentido de la genealogía que plantea y desarrolla Bourdieu. Las prácticas bajo ese velo nominativo —*salud mental*— históricamente se han fijado en la asistencia a lo identificado como «enfermedad mental» y «trastorno mental» por la centralidad del modelo psiquiátrico-céntrico. Por su parte el Estado, como agente habilitador de los espacios de injerencia de los diversos agentes, ejerce una práctica enunciativa a la cual otorga legitimidad en tanto es él quien tiene el monopolio para laudar las disputas y laudar lo que se entiende por *salud mental* —en el caso que nos ocupa aquí—. La política pública oficia de mecanismo socializador en la medida que incorpora la práctica enunciativa para definir qué, a quiénes y porqué se constituyen en tema de acción mediante ella. A la vez que modela las formas —prácticas— desde las cuales intervenir.

Ese moldeamiento de las formas que adquiere la intervención requiere de la disposición de los agentes implicados en ello, «actos de sumisión y obediencia», en palabras de Bourdieu (2015, p. 229). Esto solo se puede ejercer en el marco de los Estados modernos a partir del ejercicio de la violencia simbólica, una imposición a la fuerza sin ejercerla materialmente.²⁰

²⁰ A los efectos de la lectura analítica que desarrollo en esta tesis, es operativa la definición —provisoria— que Bourdieu desarrolla respecto del Estado: «El Estado es la base de la integración lógica y de la integración moral del mundo social y, por eso mismo, el consenso fundamental sobre el sentido del mundo social que es la propia condición de los conflictos sobre el mundo social. (...) Si ampliamos esta definición, podemos decir que el Estado es el principio de organización del consentimiento como adhesión al orden social, a los principios fundamentales del orden social, que es el fundamento necesario no sólo de un consenso sino de la existencia misma de las relaciones que conducen a un disenso» (Bourdieu, 2015, pp.

No es ni más ni menos que un acto de imposición mediante la comunicación, «las relaciones de fuerza son relaciones de comunicación» (Bourdieu: 2015, p. 228).

Las prácticas están mediadas por interacciones lingüísticas y una producción discursiva —los decires y los haceres—, cual mecanismos de mercado dado el valor que adquiere esta producción (Bourdieu, 2002). No refiere al valor comercial, sino a la valoración subjetiva de situaciones ceñidas a la lógica de lo dominante y lo denominado.

Los mercados de la interacción que dibuja Bourdieu no son mercados de intercambio entre valores iguales y soberanos, son situaciones sociales desiguales que llevan emparejados procesos de dominación y censura estructural de unos discursos sobre otros. Los diferentes productos lingüísticos reciben, pues, un valor social —un precio—, según se adecuen o no a las leyes que rigen en ese particular mercado formado por un conjunto de normas de interacción que reflejan el poder social de los actores que se encuentran en él. Las leyes de formación de precios en cada mercado lingüístico, que son las que dictan la aceptabilidad de los discursos y la legitimidad del habla, se construyen en contextos sociohistóricos concretos y en función de las prácticas de los sujetos implicados en la negociación de los valores, cuyo poder, a su vez, está marcado por su posición estratégica en el espacio social de referencia. (Alonso, 2004, p. 215)

Las posibilidades en el juego, para cada agente, están mediadas por los capitales y el caudal de *habitus*, esto define la posición estratégica —o no—. Una posición estratégica en el campo en estudio es la que tienen los agentes gubernamentales —campo burocrático—, que se encuentran en una posición dominante gestionando el diseño de la política, y los profesionales provenientes de la medicina psiquiátrica. Estos últimos, teniendo en cuenta la descripción de este agente en el capítulo anterior, además de ser parte de la disciplina dominante para el campo de la salud mental —la psiquiatría—,

suman correlación de fuerzas, ocupando distintos campos que se entrecruzan: el campo académico, el profesional, el gremial y el burocrático.

Es posible identificar en el material empírico que las posiciones dominantes de agentes burocráticos y agentes de la psiquiatría encuentran un punto de partida en común punto de partida en común, la delimitación de la salud mental como enunciado, la salud mental como producto lingüístico. La psiquiatría impone un enunciado en el que parece seguir las leyes que rigen en ese mercado: incluye una dimensión social a la perspectiva biológica y patológica, incorpora un discurso de derechos humanos y se embandera con la noción de comunidad en contraposición al aislamiento por encierro del modelo asilar.

Ese discurso es de alto valor social, en tanto se alinea con los estándares de la normativa establecida por organismos nacionales e internacionales entendidos en la materia en un momento sociohistórico concreto, previo a las prestaciones de salud mental: la aprobación de la CDPD en el año 2006 en el marco de la ONU y su ratificación por Uruguay en el año 2008; el Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS en el año 2009; la derogación de la ley 16095 y la aprobación de la ley 18651 para la protección de las personas con discapacidad en el año 2010.²¹ A lo cual debería sumar al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos del año 1966, la Convención sobre los Derechos del Niño de 1990 y las Reglas de Brasilia

²¹ El campo de la salud mental no escapa en su integración de agentes internacionales y regionales- organismos internacionales y organismos regionales- que reúnen principalmente los consensos sobre los estándares para la superación de modelos asilares, de encierro y tratamientos meramente biológicos. Estos agentes no solo observan la especificidad del sector salud, como la hace la OMS y la OPS, por ejemplo, sino la más amplia gama de condiciones de vida y garantías para el ejercicio de derechos en el marco de la ONU. No obstante, excede su estudio a la delimitación empírica realizada para esta investigación en particular.

sobre el acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad en el año 2008.

Este punto de partida aparenta una disputa laudada en torno al contenido enunciativo de la noción de salud mental, de alguna manera parecería cerrar la posibilidad de lucha por otros énfasis conceptuales. Sobre esto profundizo en el apartado que sigue.

3.1. La salud mental como enunciado

Son diversos los contenidos, las perspectivas teóricas y los posicionamientos político-ideológicos que nutren distintos contenidos que se le otorgan (Fernández, 2017). Bajo este enunciado se colocan contenidos a veces contrapuestos, irreconciliables, que se expresan en cada práctica concreta, modos de hacer que no encuentran formas de articulación entre sí. Tal polisemia se profundiza por el uso corriente, cotidiano, que se le da al mismo tiempo. Parecería ser que las dificultades para un mapa conceptual de mayor claridad requieren ubicar dimensiones de la vida poco materializables para la evidencia empírica por tratarse de un término denominativo de percepciones simbólicas, subjetivas, sobre el sentirse, el comportarse, el expresarse, y no necesariamente esto se reproduce en formas evidenciables que verifiquen tales percepciones.

¿Qué es lo mental?, ¿qué es la salud?, ¿cuáles son los parámetros de referencia? Respuestas a estas preguntas generan aún mayor confusión y complejidad. ¿Se puede conceptualizar la mente? Si la salud es un «estado pleno de bienestar», según la definición oficial de la OMS, ¿cómo entender el bienestar y cómo entender lo pleno? Más aún ¿cómo referir a lo mental? ¿se trata de condiciones individuales y biológicas, o también colectivas y sociohistóricas? La subjetividad es otro elemento que se suma a esto. ¿Cuáles

son los límites de la subjetividad?, ¿no los tiene?, ¿o se los traza la mente? Entonces, la salud mental ¿podría ser todo eso tal vez? Esta investigación no se propuso ir hacia la búsqueda de respuestas posibles a estas preguntas, aunque, explicitarlas permite ordenar el pensamiento en torno a la incertidumbre que, paradójicamente, genera cada avance en el conocimiento del objeto de estudio.

Galende (2008) identifica un aspecto central para comprender, en parte, estas dificultades, la definición del objeto de la salud mental desde y por el campo el campo médico: «La psiquiatría, (...) en sus variantes biológica y fenomenológica, definía su objeto como “enfermedad” y unían a él su pertenencia al campo médico, no al de la salud» (2008, pp. 98-99). Las posiciones dominantes ocupadas por agentes con puntos de vista que confluyen en el positivismo, aun adquiriendo las nuevas enunciaciones del objeto en términos de salud mental, hacen que los fundamentos y las prácticas bajo estos enunciados preserven el valor epistemológico dominante.

El pasaje de la psiquiatría positivista a la salud mental constituye una ‘ruptura epistemológica’ aun no acabada. Si más que una disciplina hablamos de un campo de la salud mental, en el seno de este proceso de cambio se ven afectadas cada una de las disciplinas que en él intervienen. Psiquiatras, psicólogos, sociólogos, enfermeros asumen los conflictos de ese cambio epistemológico en sus prácticas y en los conceptos que las orientan. No se trata solamente de nuevas categorías para comprender la enfermedad mental, se trata también de un cambio en la definición misma del objeto, la salud mental, y por lo mismo del conjunto de prácticas de intervención. (Galende, 2008, p. 98)

Si bien las definiciones oficiales se han visto provocadas a introducir cambios conceptuales, las prácticas además de enunciados requieren para su transformación, modificaciones en las estructuras relacionales, en la correlación de fuerzas necesarias para un viraje en las posiciones dominantes en el campo de disputa. La predominancia positivista de las nuevas definiciones oficiales a partir de la introducción por parte de organismos internacionales (OMS, OPS) de los determinantes sociales de la salud y el

análisis sociohistórico de los procesos de salud-enfermedad-atención, aún limita un avance exhaustivo.

El documento del PIPSM transcribe la noción de salud mental oficial para la orientación de las prestaciones. La salud mental aparece definida por su ausencia, vale su citación textual:

Un cambio en el modelo de atención como el que plantea el SNIS implica comprender que **la enfermedad** no es solo un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector. De igual modo, la forma de entender las diferentes problemáticas contempla también la multidisciplina como herramienta válida e indispensable para el abordaje de las diferentes situaciones de salud y enfermedad sobre las cuales sea necesario intervenir. De acuerdo con los principios rectores consensuados, **la salud mental como un derecho humano fundamental** y -por tanto- las intervenciones psicosociales y la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos. (PIPSM, 2011, p. 10)

Una vez más, una enunciación totaliza a la otra. Tal como lo he tratado en el primer capítulo, esto ha sucedido posteriormente en la ley de salud mental. La salud mental parece remitirse a no enfermar psicosocialmente. Es tan difícil para la psiquiatría como para la política pública enunciar a la *salud mental* en tanto presencia y no ausencia, como admitir que para esto deben compartir su posición dominante con otros agentes, hasta ahora subalternos. Para la psiquiatría implica comprender que su objeto cambia por lo tanto su especificidad también.

El surgimiento de esta definición del campo de la salud mental no constituye un agregado a las disciplinas preexistentes, se trata de una reformulación, un nuevo objeto epistémico, que necesariamente redefine los lugares de las disciplinas existentes, fundamentalmente de la psiquiatría y de la psicología. (Galende, 2008, p. 99)

Por otra parte, para la política pública, significa cambios estructurales en el campo burocrático y la disputa de nuevas metas definicionales con los agentes

no gubernamentales, dominantes en el campo económico. Significa establecer otras reglas de juego en virtud de la desmercantilización de la salud con los prestadores privados de salud y sacar de escena a la enfermedad como meta —desmedicalizar a la salud—, lo cual involucra al espacio socioocupacional de la corporación médica.

Me refiero a que las intervenciones sobre las dimensiones del sufrimiento humano y los modos de intervenir sobre él, siempre basados en alguna forma de relación con otro, van desde disciplinas que, como vimos para la psiquiatría, se pretenden referenciar en la ciencia, hasta prácticas que incluyen elementos no categorizados ni formalizados en ningún cuerpo de conocimientos. (Galende, 2008, p. 99)

Los criterios para definir los límites y los alcances del campo en disputa en el diseño de las prestaciones en cuestión son claramente establecidos por el campo burocrático, a partir de una estrategia con movimiento pendular entre los agentes en tensión. Esta estrategia parece tener cierta porosidad como característica, en tanto: (i) adhiere a los agentes dominantes en el campo profesional y gremial en cuanto a las características definicionales en la base de las prestaciones. No cambia radicalmente el objeto, sigue siendo la ausencia de salud, por tanto, la enfermedad en términos concretos, sea para intervenir sobre ella o para prevenirla, y (ii) habilita a agentes no dominantes a incorporarse en el juego, disputar sus intereses y obtener ganancias parciales en el contenido de las prestaciones. Estas ganancias parciales podrían ser la incorporación de la psicoterapia en sí misma a las prestaciones del SNIS, más allá de su contenido para los agentes del campo social, y la formalización de la incorporación de profesionales no psiquiatras a los equipos de atención que requieren tales prestaciones, los llamados ‘comités de recepción’.

A continuación, me detengo en dos nociones sustantivas que se ponen en movimiento subyacente en los discursos de los agentes involucrados, como componentes de la noción mayor en estudio —salud mental—: las representaciones en torno al *bienestar* y el rol que juegan en la confirmación de representaciones particulares del concepto de salud mental y lo mismo para

las representaciones que ocupan a la noción de *sufrimiento mental* y sus efectos en el concepto de *salud mental*.

a) Representaciones en torno al bienestar en el concepto de salud mental

Si bien en la fundamentación conceptual de las prestaciones no se menciona de modo explícito al bienestar, este es un enunciado que subyace en toda delimitación conceptual de la salud y la salud mental. En definitiva, se trata de una dimensión material, y simbólica al mismo tiempo, de la situación de salud de toda persona. En principio, las representaciones frente al bienestar son determinadas cultural y socialmente como producción histórica; sin embargo, la mercantilización de las condiciones de vida ha situado al bienestar como un producto de mercado; la oferta de bienestar como un valor a comercializar, desde el cómo cuidar la salud hasta la búsqueda de la perfección. El Estado, con mayor o menor pretensión, también se ha conducido en prácticas de perfeccionamiento a partir de las políticas públicas.

Todo Estado se compromete por la vida, constituyendo así la intervención de los poderes públicos sobre los cuerpos y sobre los seres vivos. En esta construcción intervienen dos mensajes simultáneos: el despliegue de vida por un lado y, por el otro lado, la sumisión colectiva. La vida —su conservación, prolongación, estiramiento— es uno de los objetivos de las políticas públicas. ¿Pero, qué vida? ¿Para quiénes? (Frankel, 2015, pp. 101)

Retomo estas dos preguntas de la cita anterior, que se realiza Frankel; ambas orientan al planteo de otras preguntas que, no por evidentes dejan de ser relevantes: ¿qué bienestar? ¿y para quiénes? La definición oficial de *bienestar* se origina también en base a relaciones heterónomas, en las que el bienestar de unos es definido por otros. El bienestar se relaciona con el acceso a ciertas condiciones materiales que habiliten el desarrollo de la vida, así como también se vincula con la percepción subjetiva de cada sujeto respecto del bienestar de sí mismo y de los demás. La OMS coloca otro enunciado a la definición de salud mental que parece ampliar el grado de ambigüedad; dice: «La buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y

psicológico». ¿Podría suponerse entonces que también existe una «mala» salud mental?

Palacios e Iglesias (2017) señalan la diversidad de definiciones de salud mental en las que subyace el bienestar. Esto remite a diferentes contextos sociohistóricos determinantes de la producción de uno u otro contenido enunciativo.

Expertos y expertas de países de distintas culturas y variados grados de desarrollo social han definido la salud mental de diferentes maneras que abarcan el bienestar subjetivo. La percepción de su propia eficacia, la autonomía y competencias personales, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. (Palacios e Iglesias; 2017, pp. 24)

Esta diversidad de visiones, de saberes expertos, de disputas técnicas sobre el cómo nominar la realidad es laudada por el Estado. Este coloca los límites y alcances de aquellos enunciados que estructurarán las políticas a implementar. Al laudar, serán unos los «ganadores» y otros los «perdedores» en términos de qué bienestar y para quiénes, cuál salud mental y cuáles prácticas son oficializadas, por tanto, dominantes en la resolución de la disputa y determinantes en la vida de todos como parte del mismo conjunto social. Los ganadores no solo lo son en la disputa concreta, sino también en las implicancias de su vida diaria y personal.

Al mismo tiempo, los «perdedores» deberán rearmar sus estrategias, ya no de juego, sino de convivencia con los resultados de la política en cuestión, rearmándose también para dar nuevas luchas. De esta forma la política pública cumple su efecto, la reproducción y afirmación del orden, del *status quo*. Aunque en ese proceso aquellos que logran imponer su visión -los «ganadores»-, en nombre del consenso y la legitimidad, por un lado, y por efecto de la permeabilidad de los campos dada por su autonomía relativa, por otro lado, suelen adoptar algo de los puntos de vista de los «perdedores». Es el caso de la introducción de la psicoterapia como prestación, que supone

fortalecer el polo no medicalizador de las prestaciones. He aquí una fundamentación más de la eficacia del concepto bourdiano de *campo*.

el concepto de campo puede ayudar a pensar de manera articulada aquello que la división del trabajo científico propia del análisis estándar tiende a separar: la estructura y el funcionamiento del campo burocrático, los sistemas de relaciones constitutivos del Estado y su poder, y las políticas públicas definidas como prácticas y tomas de posición en el seno de las mencionadas estructuras relacionales. (Dubois, 2015, p. 19)

Son las estructuras relacionales en las que se ejerce la posición dominante las que permiten moldear a las personas, en el sentido de Hacking (1991), en torno a las definiciones y clasificaciones oficializadas. Nadie queda fuera en las relaciones de moldeamiento; en estado de bienestar o malestar, sanos o enfermos, el punto está en la posición social que determine la clasificación correspondiente. La práctica de clasificación es inherente a cualquier ordenamiento social, tal como hemos aprehendido las formas de conocimiento de la realidad concreta.

El Estado, por tanto, es esta institución que tiene el poder extraordinario de producir el mundo social ordenado y sin tener necesariamente que dar órdenes, sin ejercer coerción permanente -no hay un policía detrás de cada conductor, como se suele decir- Bourdieu. 2015, p. 232)

Qué es el bienestar y por tanto qué es el malestar, el lugar social que en los distintos momentos históricos que ocupan uno y otro; es parte de un ordenamiento simbólico del status. Bourdieu alude a la práctica sociológica, sin embargo, es válido su análisis para la comprensión de esta práctica en el mundo social en términos genéricos.

Las clasificaciones a las que nos enfrentamos en el mundo social, las cualidades con que el sociólogo se encuentra en estado de bienes constituidos, son denominaciones que producen, en cierto modo, las propiedades de la cosa nombrada y le confieren su status. (Bourdieu, 2019, p. 31)

b) Representaciones en torno al sufrimiento mental

No es casual la confusión entre salud mental y la enfermedad mental. Ello es producto de una historia de relaciones hegemónicas en la gestión de las sociedades. En la práctica concreta, la alusión al trabajo en salud mental no distingue a prácticas desarrolladas en el establecimiento del hospital psiquiátrico o en las colonias o en equipos comunitarios; todo se denomina igual, aun con la distancia en el énfasis que coloca en el trabajo una práctica y otra. Esto se explica básicamente por el abordaje disciplinar que tuvo la «vida psíquica» y el comportamiento humano a partir del siglo XIX en la emergencia de la psiquiatría (Galende, 2015). Los psiquiatras de la época se esforzaron por desarrollar un cuerpo de conocimientos sobre el psiquismo y sus manifestaciones en el comportamiento, orientándose en el positivismo biológico. Philippe Pinel fue vanguardista en la materia.

Producir un cuerpo específico de saber sobre la psiquis desde la disciplina médica y el positivismo biológico requiere situar algún orden de alteración y enfermedad que avale la intervención de lo médico. De este modo, el sufrimiento orientado por esta racionalidad práctica es asimilado a la enfermedad mental. Así lo entendieron los psiquiatras pioneros, entre otros: Esquirol, Griesinger y Kraepelin.

Los psiquiatras del siglo XIX (...) entendieron la propuesta del positivismo como fundar un conocimiento basado en la posibilidad de ubicar al sujeto sufriente en el lugar de un objeto natural: observarlo, describir su comportamiento, un examen semiológico de la percepción, el pensamiento, la orientación, etcétera. (...) Lo esencial de este intento fue incluir su práctica entre las especialidades médicas, para eso, el sufrimiento mental debía ser «enfermedad mental». (...) Observación, semiología, diagnóstico específico y diferencial, clasificación nosográfica. (Galende, 2015, p. 40)

Sin embargo, para el mundo «médico», es recién en la Asamblea de la OMS en el marco de la ONU en el año 1953 que surge la *salud mental* como una nueva forma discursiva y práctica (Galende, 2015). A partir de tal acción

política, según observa Galende, en la segunda mitad del siglo XX la salud mental se configura como campo de intervención en el que se ponen en juego múltiples saberes especializados. Es significativo cómo esta resolución no solo plantea un cambio en la esfera enunciativa, sino también un acuerdo explícito de un cambio en el objeto de la psiquiatría. La intervención sobre el sufrimiento mental se reconfigura para dar paso a una formación discursiva y práctica vinculada a otras disciplinas como el derecho, la sociología, la antropología, la psicología, entre otras (Galende, 2015).

El cambio de objeto no consistía en un simple cambio de denominación, solo de una palabra a otra, de *enfermedad mental* a *sufrimiento* o *trastorno mental*; no se trató de una palabra nueva para nombrar al mismo objeto, se trata de ampliar el campo de enunciados con un objeto que se entiende más amplio y complejo. Tampoco repetía la historia de la psiquiatría, como si se tratara de un nuevo autor con una nueva formación discursiva sobre la enfermedad mental, sino que se fundan nuevas relaciones entre el objeto, nuevos enunciados para comprenderlo, nuevas instituciones para su tratamiento y prácticas concordante. No existe un 'autor' de este giro, es un proceso. (Galende, 2015, p. 53)

La salud mental como campo de múltiples determinaciones resituía al sufrimiento mental, entendiéndolo como un complejo en el que el trastorno es un aspecto posible, potencial o incluso inexistente. Este viraje es un acto de oficialización, producido además en uno de los campos políticos más importantes para la medicina internacional en el marco de un organismo internacional como la ONU. Este acto de oficialización asume particularidades en la reproducción de esa oficialización en los estados participantes. La configuración de los términos de disputa entre los agentes implicados estará dada por las características propias de cada campo político, burocrático, académico y profesional; y el *habitus* que los agentes en su producción sociohistórica hayan aprehendido. La impronta de cada Estado, sus formas de vinculación con estos agentes, las modalidades de gestión, la orientación política e ideológica de los agentes gobernantes matizan la reproducción del acuerdo oficial en la esfera internacional.

El campo de la salud mental, a partir de los nuevos marcos de comprensión, emerge ligado a la identificación de la enfermedad psíquica, para deconstruir esta noción y los límites del campo médico-sanitario. Se incorporan otras dimensiones que determinan al campo de la salud mental y que no responden al componente biológico como explicación única de las causas de sufrimiento mental. Este es parte del proceso vital y no una irrupción en él, y se encuentra determinado por una estructura social, cultural, política, económica e ideológica.

El movimiento académico y profesional en torno a esta revisión epistemológica es diverso y se vincula a períodos sociohistóricos claves; el escenario de posguerra a mediados del siglo XX es el que propicia la revisión, tal vez de mayor densidad, en términos de reformulación epistemológica y práctica (Amarante, 2006 y 2019).

Las dos Guerras Mundiales hicieron que la sociedad pasara a reflexionar sobre la naturaleza humana, tanto sobre la crueldad como sobre la solidaridad existente entre los hombres, y se fueron creando así las condiciones de posibilidad histórica para un nuevo período de transformaciones psiquiátricas. Después de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad dirigió su mirada hacia los hospicios y descubrió que las condiciones de vida ofrecidas a los pacientes psiquiátricos allí internados en nada se distinguían de los campos de concentración: lo que se podía constatar era la absoluta ausencia de dignidad humana. Así nacieron las primeras experiencias de ‘reformas psiquiátricas’. (Amarante, 2019, pp. 41-42)

La psicoterapia institucional y las comunidades terapéuticas son las vertientes que se centralizan en la reforma del espacio asilar particularmente. La psiquiatría de sector y la psiquiatría preventiva abordan las dificultades de los límites del hospital psiquiátrico, desarrollando intervenciones *in situ*. En la década del sesenta avanza la vertiente de la antipsiquiatría y las experiencias desarrolladas por Franco Basaglia, que apuntan a la superación total de la modalidad asilar.

Uruguay transitó con sus particularidades estos movimientos de «psiquiatría reformada»,²² en las dimensiones y con el ritmo característicos de nuestro país. Como señalan Techera, Apud y Borges (2009), las primeras internaciones por motivos de trastorno mental se registran en la segunda mitad del siglo XVIII, en 1778, en el Hospital de Caridad, en la capital del país, y el primer Asilo de Dementes data de la segunda mitad del siglo XIX, en 1879; al que le sigue la creación del hospital psiquiátrico nacional en 1880. El siglo XX encuentra en sus inicios la creación de las colonias de alienados, en los años 1912 una y 1936 la otra, al tiempo que surgen intentos de desarrollo de experiencias en modalidad «comunidad terapéutica» a partir de un modelo de trabajo autosustentable en la colonia Bernardo Etchepare.

Techera, Apud y Borges (2009) señalan que el fomento de estas experiencias tomaba como base la comprobación de la inactividad de las personas internadas y la afectación de esto a su situación de internación. Al mismo tiempo, comenzaban a corroborarse los bajos porcentajes de internación por motivos estrictos de «trastorno mental», prevaleciendo una variedad de motivos de internación que aludían más a condiciones socioeconómicas de privación extrema que derivaban en situaciones de sufrimiento mental.

En 1973 el psiquiatra y ensayista Isidoro Mas de Ayala indicaba que solo el veinte por ciento de los internados correspondía a un diagnóstico de esquizofrenia, lo que indicaba la variedad de motivos por los que una persona llegaba a la colonia. Señalaba la nocividad de la inactividad y la importancia del trabajo en el enfermo mental. En ese entonces, la colonia contaba con talleres de rehabilitación, a los que acudían 150 pacientes. (Techera, Apud y Borges, 2009, p. 108)

Los motivos de ingreso al régimen asilar han sido una constante en la historia de la asistencia del sufrimiento mental en el país. He citado anteriormente,

²² «Psiquiatría reformada» se denomina a lo que podríamos observar como metamorfosis de la psiquiatría como disciplina del campo médico y el campo psi. Claramente la psiquiatría como tal no ha dejado de existir, sin embargo, en el período histórico señalado, produce modificaciones, reformas que diversifican los contenidos, las formas y los modos o prácticas de ser ya hacer en el marco de la psiquiatría como disciplina académica y práctica profesional.

como antecedente de investigación, el estudio de Arduino y Ginés del año 2002 sobre los motivos de internación en ambas colonias, que describe con claridad la diversidad de situaciones de vulneración que conducían a internaciones psiquiátricas sin argumentos clínicos para ello.

Es de destacar que no todas las personas derivadas a la colonia padecían trastornos psiquiátricos. Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de «vagabundo» y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder «hacerse cargo de sus cuidados» constituían un alto porcentaje. Las edades más frecuentes al ingreso oscilaban entre los veinte y los cuarenta años. En la década del cincuenta se abren dos pabellones de niños que fueron cerrados luego de un convenio con el Cottolengo Don Orión, hace más de veinticinco años. (Arduino y Ginés, 2013, p. 60)

Los mismos investigadores, en otro artículo en el año 2013, dan cuenta de la disminución notoria de la población internada a partir de programas de derivación a otros dispositivos de internación que funcionan en torno a la colonia. Y describen los diagnósticos psiquiátricos más sobresalientes, al parecer, tras un esfuerzo por organizar nosográficamente a la población internada.

Actualmente, las cifras oficializadas por la INDDHH a través del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, datan del año 2017. A esa fecha se registraron a 724 personas alojadas en la colonia (Hogar Ceremos, a partir de la fusión y reconversión administrativa de las colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi), con una disponibilidad aún de 15 plazas. El informe de la INDDHH se detiene en una descripción general de la situación de internación:

La población de CEREMOS se compone, en su mayoría, de personas de avanzada edad, provenientes de medios socioeconómicos bajos y con diferentes padecimientos mentales diagnosticados como «crónicos» (esquizofrenia, demencias y discapacidades intelectuales clasificadas como severas). Los pacientes mantienen un régimen de internación de 24 horas. El promedio de años de permanencia en la institución es de 19 para aquellas per-

sonas internadas sin derivación judicial y de 10 para aquellas personas derivadas por el Poder Judicial. (Institución Nacional de Derechos Humanos, 2019, p. 39)

Este informe da cuenta de la permanencia de la lógica asilar y de las dificultades para desandar un proceso de más de cien años de producción de encierro y manicomial. Si bien la salida de dictadura cívico-militar permitió retomar la construcción de un plan de salud mental en el año 1986 que se afirmó en la perspectiva de atención primaria de la salud, redimensionando la atención hacia la comunidad, el Uruguay no transcurrió por un proceso de cambio en profundidad de la atención de la salud mental que permitiera el final de la etapa de encierro como modalidad principal para la atención.

El positivismo biológico en la medicina psiquiátrica tiene, aún en la actualidad, un arraigo profundo en la comprensión de los contextos en los que se produce la salud/enfermedad mental. Su alianza con el campo burocrático fortalece la correlación de fuerzas con la clase política. Por su parte, agentes con activa movilización como usuarios y familiares de los servicios de psiquiatría han sentido el débil peso de su capital político para ganar fuerza en la puja por la voz pública y la agenda de intereses a poner en discusión. Al mismo tiempo, disciplinas directamente vinculadas al campo de la salud mental, como la psicología, encuentran tardíamente su formalización académica —posición nada menor para la disputa—.

Por una parte, el movimiento que usuarios y familiares generan en su práctica en el campo, maximiza su capital político y su capital social, mediante el conocimiento del propio campo (Bourdieu, 2019). Sin embargo, en tanto *recién llegados*, en la disputa aún no es suficiente tal acumulación para la conquista de posiciones sociales que permitan mayor acumulación de capital, esto es, de poder de incidencia.

Por otra parte, principalmente la psicología como disciplina disputante en la discusión central sobre el tipo de prestaciones y la modalidad de

implementación, también adquiere una posición de *recién llegada* a un campo poco usual para su práctica, el campo burocrático. Al mismo tiempo que debe desplegar la lucha por su legitimación y oficialización como disciplina académica con el status necesario como para ser escuchada en el diseño de la política pública, para lo cual requiere *exhibirse, hacerse público, volverse ostentoso*. (Bourdieu, 2019)

No por casualidad los ritos de institución son siempre ritos que suelen llamarse “oficiales” o “públicos”. (...) Una palabra muy interesante que fue analizada por Heidegger (siempre se ocupó de las palabras importantes) es la noción de *Öffentlichkeit*, el estado (de estar) abierto, des ser evidente; lo social oficial es lo que pone las cosas en estado (de estar) abierto, en estado de ser visible para todos, en oposición a las cosas que están en estado oculto, cerrado, replegado sobre sí mismo, en pequeños grupos, clandestino. (Bourdieu, 2019; p. 138)

Al mismo tiempo, así como estos agentes académicos y sociales van afianzando su despliegue de fuerzas y capitalización de experiencia en la acción política con una correlación de fuerza muy dispar, comparten un atributo que los homogeniza en términos argumentativos. Me refiero a que la impronta de la matriz de socialización capitalista, a partir del proceso de medicalización social que estructura a los pilares de la modernización del país: hospital-escuela-justicia, impregna de igual modo sus marcos de lecturas. Estos difieren posiblemente en denominaciones y composición de la alternativa por la que disputan, sin embargo, tienen una misma base donde la demarcación de lo sano/enfermo, normal/anormal y lo moral/-amoral los encuentra en puntos en común que no siempre están dispuestos a revisar. Se trata de un moldeamiento performativo del positivismo biológico sobre las estructuras mentales y cognitivas, la producción de *habitus*, de los agentes. Esto otorga a la relación entre agentes cierta *complicidad* más o menos evidente por sí misma y que se configura en la lucha por imponerse.

Todas las clasificaciones sociales son instrumento y objeto de luchas. Por lo tanto, el problema de la pertinencia de la clasificación que se plantea en el campo científico también se plantea en

la realidad que se estudia, lo que no significa que las luchas dentro del campo científico consideren a conciencia la existencia de luchas en el campo científico mismo. Debemos saber que la clasificación está en juego en las luchas de la ciencia y está en juego en las luchas de la sociedad para hacer entrar en la ciencia el hecho de que cada clasificaciones e objeto de luchas en la ciencia y en la sociedad. (Bourdieu, 2019, p. 78)

Se trata de formas de entender y tratar el sufrimiento mental en el campo burocrático, que permean a un campo social amplio en el que el proceso de medicalización de lo social impregna al cuerpo social en su conjunto, contribuyendo a la *universalización* de las representaciones sobre el sufrimiento mental, la enfermedad mental, la peligrosidad y la reducción del tratamiento en dispositivos de encierro. La medicalización de lo social como componente de los procesos de sociabilidad (Bhir, 2000; Frankel, 2008; Mitjavila, 1992) nutre los parámetros desde los cuales los agentes construyen sus intereses y despliegan sus estrategias, bajo el manto de la *illusio*. La *illusio*, es «estar preocupado, tomado por el juego» (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 156), bajo sus normas y en plena aceptación de las reglas.

¿Qué es lo que determina esta disposición sin resistencias, aun de agentes en posiciones de desventajas o dominadas? En el campo particular de la salud mental, uno de los determinantes para esta disposición a la violencia simbólica de las relaciones de poder-dominación son los efectos de la producción sociohistórica de representaciones sociales respecto a la salud mental, el sufrimiento psíquico y las prácticas naturalizadas en virtud de tales representaciones.

La *violencia simbólica* se ajusta a nuestros principios de visión y división del mundo social, así, por ejemplo, el cuestionamiento al saber y la práctica médica, al que «nos digan qué hacer», es algo muy poco frecuente. Su autoridad resulta natural y es por esto que la violencia ejercida en esa relación es simbólica. Ejemplos similares encontramos en el campo de la educación y

tantos otros. Se reconoce como natural que dotemos de autoridad al docente, al jefe y cualquier figura representativa de la jerarquía, en tanto son dotadas socialmente de los capitales y legitimadas para hacerlo.

Otro determinante es el mecanismo de medicalización de lo social como componente de la sociabilidad moderna; se trata de la cooptación de la argumentación a partir de parámetros de la medicina en tanto disciplina, por parte del campo burocrático para explicar los «desórdenes» de la cuestión social y las prácticas para su tratamiento en una alianza con el campo sanitario (Barrán, 1999). La práctica de *lo médico y lo psiquiátrico* alcanzó así tanto a toda la sociedad sin distinción de lo «enfermo» y lo «sano» en términos biológicos, sino concibiendo a lo enfermo como potencial posible, lo cual justificó y bien vino la práctica preventiva a través de una moralización higienista. Esto también contribuye a la fortaleza del campo que logra mayores reservas de autonomía cuando apoya sus intercambios en un lenguaje específico de los profesionales al cual solo accede el erudito que lo maneja, reforzando la distancia con los «profanos» (Bourdieu, 2013) De alguna manera, explica esto, también, la reserva a la elite médico-psiquiátrica de un saber específico, producido por sí y para sí y que distancia a quienes no lo poseen.

Sobre estos mecanismos y la correlación de fuerza entre agentes dominantes y dominados, se ha estudiado en profundidad, para distintos contextos en la época de construcción de los estados modernos y de sus modos de relacionamiento con la sociedad en general y la familia en particular. Lasch (1996) destaca la emergencia de las profesiones asistenciales (la educación, la medicina y el servicio social). Por su parte, Donzelot (2008) —coincidiendo con Lasch en la tecnificación de la intervención del Estado en lo social— identifica otro componente eficaz en las prácticas de conservación y conformación, la filantropía, como parte del andamiaje dado entre dos polos, el polo asistencial y el polo médico-higienista. Para el análisis de la región, y en particular como material ineludible de comprensión del proceso

de modernización en el Uruguay, es Barrán (1999) quien nos ilustra el proceso de modernización a través de protoformas médico-sanitarias.

Este punto de partida matizado por relaciones de poder sutiles en torno al ejercicio de la violencia simbólica ha venido instalando una convicción ideológica respecto a la posición ocupada y esperada por cada agente. Por su parte, el campo burocrático es quien legitima tales posiciones, conservando la *illusio* en el orden de juego aparentemente naturalizado.

La illusio se reproduce al conformarse en collusio, en complicidad de agentes que han pasado por procesos similares de socialización y que tienen intereses en común, connivencia imprescindible para jugar el juego de que se trate. La aceptación por parte de todos del principio de visión y de división es lo que posibilita la constitución del campo, la dinámica de sus transformaciones corre pareja con la dinámica de transformación de los lugares que los agentes ocupan en él, en una lucha cuyo modelo es el de la ortodoxia y la heterodoxia en el campo religioso. (Martínez, 2007, p. 266)

El Estado, constituido como campo burocrático, en sus distintas modalidades de vinculación con los agentes que habitan el campo de la salud mental, autoriza a los interlocutores válidos y legitimados para disputar sus intereses y a los agentes reconocidos en sus capitales para conformarse como fuente de conocimiento a considerar en la hechura de la política pública. Esto parece ser una relación de ganancia parcial para los agentes de posición dominante en el campo académico, la psiquiatría, en desmedro de la psicología, como podrá evidenciarse más adelante, en la presentación de parte del contenido de las entrevistas realizadas.

Un aspecto a considerar es el modelo según el Estado sea gestionado y, básicamente, podemos encontrar una distinción muy amplia y rápida entre los estados liberales y los estados de filiación progresista más cercanos a los estados sociales o de bienestar (Narbondo, 2014). Actualmente, Uruguay se encuentra en una encrucijada a partir del giro que los resultados electorales de noviembre de 2019 provocan, con el ascenso al gobierno de los

tradicionales sectores de derecha y de los sectores emergentes con ideología conservadora y liberal. Si bien los agentes en torno a los temas de salud mental se han afirmado ya desde la salida de la última dictadura, en estos últimos quince años se amplió la red de consulta a agentes no estatales con mayor o menor incidencia en los acuerdos finales para el diseño de la política.

Esta estrategia tiene dos aristas interesantes de analizar: por un lado, los mecanismos de consulta y participación son una vía de búsqueda de legitimidad del campo burocrático frente a los demás campos; los agentes provenientes de otros campos ganan en generación de capitales, en su fortalecimiento, aún sin llegar a concretar sus intereses. El capital cultural de los agentes más debilitados en la correlación de fuerza se ve afectado en términos de ganancia, en la posibilidad de enriquecer su *habitus* y en fortalecer la posición de estos agentes en sus campos de acción: en el dar disputa, en la producción argumentativa de intereses, en la generación de estrategias de colectivización y búsqueda de correlación de fuerzas.

Otro atravesamiento matiza esta mirada del Estado que imprime a los agentes un estatus particular bajo su condición de referentes a consultar, y que está ceñido a las enunciaciones oficializadas en torno a la carencia. Esto conduce a la falta de capitales para ejercer el rol de consultantes o referentes calificados para aportar o asesorar sobre el tema. En esta situación, las nociones de *enfermedad mental-incapacidad* otorgan un estatus de inferioridad de la persona reubicada como «enferma mental».

Como lo he analizado anteriormente, la enunciación produce significaciones que se operativizan a través de las prácticas. Un contenido enunciativo que modela al sujeto «enfermo mental» e «incapaz», conduce a prácticas paternalistas, de sustitución de la persona, no de reconocimiento para el ejercicio de derechos (Pena, Lema y Silva, 2015) entre los cuales se encuentra la posibilidad de participación política, en el sentido amplio del término.

Por otra parte, el Estado encuentra en la medicina-psiquiátrica biologicista una densidad argumental que le es efectiva a la hora de diseñar políticas focalizadas en el desarreglo del sujeto y su inadecuación a las condiciones de vida social, en la medida que le permite individualizar lo social, el convertir una situación en un asunto que requiere tratamiento individual. Esta lectura *protege* al Estado de cualquier demanda de transformación de condiciones estructurales, de fondo, de los aspectos generales en la gestión de la vida social, económica y política.

La individualización de lo social como estrategia en la gestión de la política asistencial, en términos generales, requiere poner en funcionamiento una lógica de explicación de los problemas sociales en términos psicológicos e individuales. El asunto o la problemática parece extraerse del espacio social en el que se produce para pasar a ser «condición» del individuo (Mitjavila y Da Silva, 2004). Ortega y Vecinday (2009) analizan estos procesos particularmente para el ámbito de la protección social en particular, no obstante, ello bien explica esta línea argumentativa también a los procesos que en este sentido se han venido dando en el sector salud.

El proceso de individualización social no constituye un fenómeno nuevo, propio de la modernidad tardía, sino que es posible identificar sus primeras e incipientes expresiones en las estrategias preventivistas típicas del Estado Social uruguayo en su pleno auge. Dicho proceso de individualización se encuentra hoy en su mayor “apogeo”, como consecuencia de un conjunto de transformaciones societales características de la era tardo-moderna, ocupando un lugar central a la hora de comprender las alteraciones acaecidas en las formas de protección social más recientes. (Ortega y Vecinday, 2009, p. 11)

Es ilustrativa la situación actual de Uruguay, tal como lo he señalado en el capítulo anterior, con la aprobación e inmediata implementación del PIPSM en el año 2011, el país se dispuso a *aggiornar* la atención psiquiátrica y orientarla a un modelo de salud mental en el ámbito de hospitales y sanatorios públicos y privados de carácter monovalente a partir de la aprobación de la ley 19529 que enfatiza en el tratamiento individual y en la focalización de las personas

oficialmente nombradas como «persona con trastorno mental». El Estado es un agente clave para que el modelo alternativo emergente sea o no oficializado. Este modelo que se enuncia como «salud mental comunitaria» se sitúa en la tensión dada por la fuerza del campo burocrático para oficializarlo, por tanto, adecuado a su estructura organizacional, y la disputa que los agentes de otros campos dan para que esta oficialización no desmerezca a los componentes de transformación que el modelo emergente parece ofrecer.

Sin embargo, es preciso atender a la heterogeneidad en la conformación del campo burocrático y que podré evidenciar en el capítulo que sigue. Este campo en sí mismo es un campo de fuerzas en tensión y de disputa de intereses. Esto no es una particularidad de este campo, cada campo es un espacio de tensión y lucha, sin embargo, es el campo burocrático quien goza del monopolio legítimo del poder y la violencia simbólica.

Esta heterogeneidad está dada por la pertenencia de los agentes particulares a distintos campos al mismo tiempo y la superposición de intereses que esto genera. Las luchas internas de este campo imponen las posiciones dominantes que laudarán luego las disputas de los demás campos, consagrando

en los que tiene injerencia, consagrando las tomas de posición provisoriamente dominantes.

La obsolescencia del modelo asilar es hoy un consenso entre todos los agentes, también lo es la consigna del «modelo social o comunitario». Siendo esto así, es posible identificar el movimiento de la historicidad del campo: las luchas de hoy se apoyan en conquistas pasadas, por tanto, no es sólo una lógica de reproducción, sino precisamente una dialéctica de reproducción y producción la que dinamiza a tal historicidad.

Por su parte, la enfermedad mental como demarcación o distinción se ha afianzado, tomando como campo de injerencia al sufrimiento mental. Sin

embargo, en tanto parte de la existencia humana, el sufrimiento o padecimiento de orden mental no necesariamente se configura en una enfermedad mental como tal. Esta alude a una producción histórica, social y política que varía en su identificación y definición según el momento y la época por la que se transcurre. El tránsito por el sufrimiento mental es interpretado por la racionalidad positivista, decodificándola en términos de déficit y trastorno y reubicándolo, consiguientemente, en alguna de las clasificaciones de enfermedades mentales. Esa relación directa viene decodificada por la producción de una práctica sociopolítica en particular y que remite a la injerencia de la psiquiatría desde la segunda del siglo XIX en Uruguay (con la creación del hospital Vilardebó en el año 1880), en campos no abordados por otras disciplinas hasta entonces. La historicidad del campo permite situar su génesis para comprender cómo se han configurado las posiciones de los agentes a su interior.

Esta emergencia de la disciplina psiquiátrica acompaña el proceso de afirmación del capitalismo, contribuyendo en sus procesos de reproducción social.

La ideología del mercado, potenciada por la globalización de la economía, el enorme impulso de la industria farmacéutica y de la tecnología médica, está sustentada en la atención individual de la enfermedad más que de los cuidados en la salud. Este desarrollo necesita del positivismo biológico y de la exclusión del sujeto en la práctica médica. El cuerpo biológico como objeto sirve a su vez para otorgar un cuerpo científico a estas propuestas y hace retomar a la causalidad física biológica con nuevos disfraces científicos. (Galende, 2008, pp. 100-101)

En tanto construcción sociohistórica, la enfermedad mental como tal abarca diversas dimensiones de la vida social incluyendo la relación que establece el Estado con las prácticas que se instrumentan para la atención de las personas. Estas prácticas están moldeadas en función de representaciones sociales vinculadas a una idea de *enfermedad* y de *enfermedad mental* en particular, producidas en distintos momentos históricos. Tales representaciones aluden

además a los valores y a la moral que en ese momento sean imperantes. Lo sano y lo enfermo no siempre han tenido la misma cualidad; lo mismo sucede con los parámetros de normalidad y anormalidad, lo cual remite al *habitus* y sus posibilidades de transformación según las condiciones de vida a partir de prácticas objetivantes (Bourdieu, 1998). De esto, deviene la generación de «estilos de vida» a partir de un sistema de clasificaciones que se corresponden con un *habitus* en particular; el ejemplo de la denominación por clases sociales es válido, como también lo es, en el caso que corresponde, a la distinción entre profesionales, académicos y sociedad civil.

Berlinguer (2007) analiza las representaciones sociales de la enfermedad como estado y denominación. Destaca cinco dimensiones en las representaciones de la enfermedad, según el *habitus* sociohistórico dominante: la enfermedad como sufrimiento, diferencia, peligro, señal y estímulo. Estas «caras» han sido legitimadas por las fuerzas de dominación operantes en cada sociedad y momento histórico, y es el Estado regulador de tales fuerzas a través de sus dispositivos de intervención.

Lo llamativo, a efectos de esta investigación, de los señalamientos de Berlinguer (2007) es cómo se produce en el vínculo Estado-sociedad un código de relacionamiento y de distinción con lo «enfermo» que se traduce luego en prácticas legitimadas desde uno y otro. Expresa el autor:

Los hombres y las mujeres pueden estar sanos o enfermos. Más que una aseveración científica, es un juicio de sentido común. Salud y enfermedad están desigualmente distribuidas entre los individuos, las clases y los pueblos. Existen incluso algunos sujetos que, de nacimiento o por mala suerte, representan en sí mismos y en sus familias una enciclopedia viviente de la enfermedad. (2007, p. 11)

En la línea en que Berlinguer (2007) teoriza respecto a la enfermedad y sus representaciones sociohistóricas, el sufrimiento en tanto situación de «malestar sentido» o «malestar no deseado» parece ubicarse en esa relación como valor moral, en la que la culpa es uno de los valores que se ponen en

juego. El lugar de quien enferma es autoatribuido como culposo, lo cual le imprime una conducta de agradecimiento a quien le brinda tratamiento o ayuda. La imagen de los «otros» hacia ese «sujeto enfermo» está basada en una creencia religiosa o mística, decodificando que el enfermar es un castigo sobrenatural.

No obstante, al mismo tiempo, la contracara de la culpa es la descalificación de su condición para la toma de decisiones, lo cual conlleva una noción de cuidado tutelado, de sujeto pasivo e imposibilitado. Ambas caras de la misma situación están ligadas al pensamiento moral, religioso y místico.

El punto en cuestión aquí es la cura. Señala Berlinguer (2007) que el énfasis está puesto en a quién y cómo curar. El centro de actuación es la enfermedad y la cura es a cada enfermedad en cada enfermo. En este sentido, están en relación dos acciones: el combate a la enfermedad y la cura del sujeto; el sujeto es el «portador» de la enfermedad y, por tanto, el centro del combate y de la cura concomitantemente. La acción del Estado se disocia entre la atención del sujeto, la cual trasciende a la clasificación de la enfermedad y, al mismo tiempo, en el diseño de una política sanitaria fijada en la atención de la enfermedad como objeto de intervención en sí misma.

Propiedad del campo sanitario es la distinción entre normalidad/anormalidad como parámetro de diferenciación. Esta normalidad circula entre la normalidad estadística y la normalidad valorativa, tomando como punto de partida los acuerdos en el campo académico y el campo social. La cuestión se centra en la construcción patológica de lo anormal y en la introducción del sufrimiento mental —para este caso— en términos de anormalidad patologizada.

La determinación de la normalidad, sea esta estadística o valorativa, y cuál es la norma biológica aceptada de la cual parten las dos anteriores, implica la acción de un campo académico en correlación de fuerzas con el campo

burocrático, conformando ambos un espacio social en el que el Estado define, oficializa y lauda. La afirmación de Berlinguer (2007, p. 62) es elocuente de lo que he señalado anteriormente:

La diferencia no es solo al pasado o a otras civilizaciones. Hoy, en la *Labelling theory* (teoría clasificatoria basada en las «etiquetas» de la enfermedad mental) se afirma que muchos síntomas no son sino confirmaciones de desviación de la normalidad; que la condición de *sano* y *enfermo* deriva también de una «negociación», influida a su vez por las relaciones de poder; y que cuanto más marginales son los atributos de una persona, mayor es la posibilidad de entrar en la categoría de las personas que son definidas como *desviantes*.

La historia de la humanidad tiene un vasto recorrido por la producción del peligro como mecanismo defensivo sobre lo que no se desea y represivo sobre lo que se quiere erradicar. Actualmente, «peligrosidad para sí y para terceros» está vigente en la práctica judicial y psiquiátrico-asistencial. Vivo ejemplo lo es un folleto que diseñaran y socializaran familiares de personas con diagnóstico de esquizofrenia, de una de las organizaciones sociales del campo de la salud mental, para sensibilizar a la sociedad sobre el tema. Su encabezado decía: «Usted tampoco está salvo», y luego describía las vicisitudes y las bondades de un esquizofrénico. El sufrimiento mental en este caso, ubicado en los parámetros de *enfermedad mental*, torna a la persona en alguien potencialmente peligroso, no por sí misma, sino por definición; por el contenido que se ha consensuado colocar a la definición de *enfermedad mental*.

Uno de los mecanismos que desencadena esta noción de peligro son los de contagio y condena, por tanto, son las acciones de policiamiento y tratamiento sanitario las que emergen como objetivo de estos mecanismos. La policía sanitaria es la conjunción exacta para desplegar la actuación sobre el problema. El sufrimiento mental cooptado en el circuito de la enfermedad mental, deviene como objeto de intervención preventiva por el potencial de peligrosidad. Los manicomios son uno de los dispositivos que dan mayor

materialidad a esta lógica de policiamiento sanitario. Desde su nacimiento en el siglo XV hasta la actualidad mantienen esta función intacta, en la medida que es esa función precisamente la que explica su razón de ser.

Al mismo tiempo, bajo la noción de *peligrosidad* la acción sociosanitaria se profundiza en intervenciones sobre el sujeto, en la medida que la cuota de peligrosidad de la enfermedad se encarna en él. Por tanto, el control ya no está tan marcado en las causas de la enfermedad, sino en quien enferma.

Otra cara o presentación de la enfermedad, siguiendo a Berlinguer (2007), es la señal. Aquello que la enfermedad está indicando expresa condiciones existenciales no solo de la persona en forma individual, sino también de lo colectivo. Esta señal tiene su decodificación según la época, el tipo de sociedad y el momento sociopolítico por el que se transcurra. La misma señal en un momento puede ser indicativa de algo irresoluble o, por el contrario, de pronta resolución.

La señal en primera instancia marca una ruptura del equilibrio. Y aquí es cuando la relación directa entre sufrimiento mental y enfermedad mental puede no ser lo que esté traduciendo la realidad concreta para luego orientar algún tipo de intervención. El *sufrimiento mental* como hecho vital marca mojones imprescindibles e inevitables en la vida de las personas, entendido como mojones de revisión o suspenso y superación. Ahora, sostenido en el tiempo, el sufrimiento mental mediante la intervención sociosanitaria puede ser trasladado a la cualidad de *enfermedad mental* en la identificación de un trastorno o déficit psíquico. En este punto, la señal ha sido la ruptura de un equilibrio. La pregunta entonces es cuál es ese equilibrio y el equilibrio de quién. La señal alerta en relación a lo individual y a lo colectivo, la enfermedad con la cual se identifica el sufrimiento mental de la persona puede ser señal de desequilibrio para él o para el colectivo, dependiendo de qué lugar del juego de intereses se esté valorando en tal situación.

Berlinguer agrega que la señal puede ocultar o distorsionar según los parámetros de decodificación puestos en función. Señales de irritabilidad en una persona decodificadas como potencial agresividad pueden traducirse en un diagnóstico alejado de un evento puntual con cierto grado de sufrimiento mental, por ejemplo. Una preocupación que plantea el autor es la relación de «complicidad de la medicina con el orden social». Cuando el ocultamiento o la distorsión llevan a decodificar señales solo en términos biológicos e individuales, al mismo tiempo oculta o distorsiona al contexto productor de tales señales: condiciones materiales de vida, relaciones y condiciones laborales, vínculo social.

Es ilustrativo también lo que señala Galende (2015) al respecto de la regla no universal de expresión del sufrimiento mental, lo que incita a poner el acento en el contexto en el que se produce la señal:

En la vida psíquica y en la existencia humana rigen la desigualdad y la diferencia; en la existencia y los sufrimientos mentales del vivir no rige lo universal, y la verdad solo puede buscarse y entenderse en las condiciones de la cultura y la sociedad en que habitamos. (2015, p. 16)

Otra presentación de la enfermedad es el estímulo. Es lo que el autor identifica como «aliciente» para la producción de conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Al mismo tiempo, promueve vínculos basados en la creatividad y solidaridad en la vida colectiva para la transformación de condiciones de vida, y en la relación particular que se da con el imaginario de «enfermedad» como fenómeno social.

Las representaciones socioculturales y políticas de la enfermedad han nutrido también las representaciones en torno al sufrimiento mental, en tanto este ha adquirido un tratamiento sobredimensionado en lo biológico, para lo cual es necesario ligarlo a la enfermedad como estado sobre el que intervenir.

La enfermedad otorga sentido, produce sentido, a un estado de desviación de la norma, como podría considerarse el transitar por el sufrimiento mental. El corpus nosográfico que fundamenta a la enfermedad como noción, como enunciación conceptual, apunta a la construcción de un objeto desviado de una norma.

3.2- Los agentes y la fijación de sus prioridades en el PIPSM

Para la política pública, la definición del objeto al que se referirá en términos de acciones es sustantiva a la hora de su diseño, de su dirigenciamiento, de la identificación de la población a la que se dirige, de la consideración de los recursos financieros y técnicos, así como del diseño de la institucionalidad que opera como soporte. También lo es para el involucramiento o no de agentes en el proceso de construcción de la política pública y de los términos de negociación. Por tanto, un aspecto desde el cual considero conveniente iniciar el ordenamiento de los datos a los que he arribado, a partir de las entrevistas realizadas, es la identificación del momento histórico concreto en el que se asume la reforma de la atención en salud mental. Es decir, identificar cuándo o en qué momento comienza a ocupar lugar en la agenda activa del campo burocrático.

Durante la entrevista a uno de los actores políticos clave en el proceso de reformulación de la política asistencial de la salud mental en el país, en su función como director general primero en el MSP y como ministro del mismo ministerio luego, es posible identificar las características del proceso de delimitación de los componentes de la atención de la salud mental en el marco del SNIS. El entrevistado describe de qué forma priorizó la incorporación de prestaciones de salud mental en la reforma del sistema de salud:

Entonces, cuando estábamos haciendo un primer balance de la reforma del gobierno, o sea, a fines del primer período de

gobierno, tanto en el ministerio como en la Comisión de Programa del Frente Amplio **se plantearon cuáles eran las prioridades del segundo período** (...) en el terreno del seguro nacional de salud, en el terreno de las prestaciones y en el terreno, digamos, del modelo de atención. Entonces, dentro del terreno de las prestaciones, **volvieron a aparecer como imprescindibles** la elaboración de un plan de prestaciones para salud sexual y reproductiva, para salud mental y para salud bucal... La prioridad cuando yo asumí, ya no de director general, sino como ministro, fue reglamentar la ley de salud sexual y reproductiva, reenviar al parlamento una ley de interrupción voluntaria del embarazo e implementar la salud mental. Este es un poco el contexto por lo cual llegamos a esto. (Ministro de Salud, 2010-2011)

El cuándo es una pregunta inevitable para comprender a partir de qué circunstancias un tema se pone en órbita política, se asume como cuestión de política pública y se delimita como objeto del conjunto de acciones que conformarán la alternativa de su atención. En el caso de la salud mental, comienza a colocarse en agenda a partir de intereses compartidos en la fuerza de gobierno, acompañado esto de intereses personales de agentes que habitan espacios de incidencia y decisión política, legitimados también por cargos formales de gobierno. Es así que el entrevistado no alude con especificidad a acciones de *lobby* de colectivos sociales, gremiales o profesionales, por ejemplo, para que el tema sea llevado a la escena política. Reseña vínculos con amistades personales con conexión en los temas de salud mental, profesionales formados en psiquiatría y psicología que en conversaciones personales aluden a la importancia de cubrir el tema. Esto se traduce también en las variaciones que la dirigencia va teniendo y en la soltura para tomar decisiones, apelando a la implicancia afectiva para plantear los motivos de cambio.

Él [primer director de salud mental en su período como ministro] **me había planteado que el compromiso que habíamos adquirido, no solo por razones de militancia, sino además porque éramos muy amigos, digamos, era hacer el catálogo. Y se fue;** eso también tuvo que ver con algunas situaciones que se dieron en salud mental de ASSE... Que él no estaba muy conforme, y en la medida en que ASSE era el motor, digamos, de esto, me planteó irse. Ahí tuvimos serios problemas para conseguir, era

difícil... Era un cargo complejo, no demasiado bien remunerado... Y ahí, digamos, viene [el director sustituto] que además era amigo personal también. Antes se lo habíamos ofrecido a [otra persona] de la Facultad de Psicología, también amigo (...) Yo estaba seguro de que me iba a decir que no, porque él agarró para otro lado en su trabajo. Bueno, surgió [una tercera persona], le planteamos a [él] (...) tomó ese tema y prácticamente la implementación se dio en su período. Y yo llegué a participar, ya como ministro de Desarrollo Social. (Ministro de Salud, 2010-2011)

Expongo este extracto de la entrevista a modo ilustrativo. El qué se entiende por el objeto de la política y el cuándo se comienza a producir el proceso de diseño son componentes que deben entenderse en articulación. El cuándo no es ajeno a las características singulares de los agentes particulares actuantes en ese momento sociohistórico. No se trata, sin embargo, este detenimiento analítico que realizo en la *singularidad* de los agentes particulares, de una interpretación que deba entenderse como “individualista” o “individualizadora”; en cambio sí me detengo en que estos agentes particulares llegan al campo que representan con capitales ya adquiridos, que se enriquecen a su vez, en su llegada al campo al tiempo que también el campo hace propio ese capital que deviene del agente particular que se involucra en él.

Con la vigilancia epistemológica debida, en este momento del análisis me es necesario plantear ciertas preguntas de avance en la línea comprensiva que vengo desarrollando. ¿Hubieran sido las mismas decisiones y el mismo perfilamiento de estas prestaciones si otros agentes particulares fueran los que actuaron? Esta es una pregunta válida en la medida que la política pública traduce, por un lado, los intereses y las lecturas de situación de quienes llegaron al núcleo de estas participando de su diseño, lo cual precisamente por estas características no siempre son representativos del grueso de población con intereses sobre el mismo campo. Sin embargo, al mismo tiempo, es también una pregunta relativamente sencilla de responder, en la medida que siendo un agente particular que actúa legitimado en su posición social por un campo dominante —el campo burocrático, en este caso—,

cuenta con la legitimidad y la libertad que las fuerzas de ese campo le habilitaron. No obstante, la impronta particular de ese agente, dada por la acumulación de capitales entre las que se encuentran sus relaciones con agentes de lo *psi* previas a su designación como ministro, no parecen ser desapercibidas en el despliegue de su *habitus* a la hora de asumir la responsabilidad del cargo político y burocrático frente al MSP.

Es claro que cada agente particular llega a un campo nutrido ya por capitales adquiridos a partir de posiciones sociales anteriores no siempre compartidas por todos los agentes particulares integrantes de ese campo. Sin embargo, hay un aspecto particular de la relación de afinidad que describe el entrevistado anteriormente citado y el capital simbólico que significa precisamente esa relación de amistad a partir de la cual explica la llegada de agentes particulares a posiciones de autoridad en el campo burocrático.

El capital simbólico es un capital de reconocimiento que prevalece en la toma de posición. Este capital es una forma de percibir.

Es una forma de ser percibido que implica, por parte de los que perciben, un reconocimiento de aquel que es percibido. (...) no podemos comprender completamente la realidad social si no englobamos el hecho de que no es simplemente lo que es, sino que también incluye en parte la representación que los agentes se hacen de esa realidad. (Bourdieu, 2019, p. 116-117)

Entre relaciones afectivas, intereses personales compartidos por vocación y vivencias tal vez similares, y sus posiciones sociales previas a las que llegaron por la ostentación de capitales culturales y sociales, parece viable su acceso a posiciones sociales que les permiten ocupar espacios de incidencia sobre la orientación y el alcance de la política sanitaria. No aparecen referencias explícitas a estudios previos sobre el estado de situación en la atención de la salud mental en el país. Sí, alguna reseña de la saturación de las instituciones de internación temporal y permanente (hospital psiquiátrico y colonias, por ejemplo).

Precisamente, otro de los entrevistados —el «amigo» que asume el cargo vacante— enfatiza esta modalidad de convocatoria personalizada:

Bueno, o sea, yo empecé en diciembre del 2010, o sea, ya había unos meses de gestión ministerial, que en el caso de salud mental se había frustrado, porque el anterior director había renunciado. Pero ya había objetivos planteados por el Ministro de ese momento (...) que eran, sobre todo, darle un impulso dentro del Sistema Integrado de Salud al tema de la salud mental. Entonces, **ya se habían formado (...) grupos de asesoramiento técnico**, o sea, una integración amplia y diversa. **Y a partir de esos grupos, se había diseñado (...) líneas generales de hacia dónde apuntar.** (Director, PdeSM, 2010-2014)

Parecería presentarse como modalidad «heredada» por la gestión anterior. Claramente, no es un agente inicial en el proceso de vinculación con agentes no gubernamentales. Por tanto, las definiciones sobre cómo llega a situarse como tema prioritario, no parece serle cercanas. Es significativo cómo, desde la ocupación de otras posiciones, los puntos de vista sobre la misma situación tienen variaciones. Esto se marca en otro de los tramos de la entrevista, en el que alude a qué tipo de atención —cuál salud mental— concibe que se aborda en este PIPSM.

El objetivo político era darle un impulso sobre todo al tema. Bueno, **a mí la palabra *prestaciones* no me gusta, me parece muy (...) economicista**; la idea es darle un impulso a la psicoterapia... En el proyecto no se incluye solo la psicoterapia, sino que también me parece que, de acuerdo a los objetivos generales y particulares del sistema general de salud (...), se apuntó a la promoción y prevención en salud. Yo jerarquizo lo que se aprobó, y lo que está en marcha tiene un encare también de prevención, no solamente de psicoterapia. **En la psicoterapia hay una atención dirigida a alguien que ya tiene una afección, digamos para no llamarla enfermedad, un padecimiento.** (...) Tiene que ver con el tema de la justicia social, porque me parece que a lo que apunta el sistema de salud es justamente a darle a cada uno lo que precisa. (...) Ese famoso lema que cada uno reciba lo que necesita y que aporte de acuerdo a su capacidad contributiva. (...) **Hay una parte que es la llamada ‘parte grupal’, en la que se toma justamente el encare, no desde el punto de vista digamos de la enfermedad o del dilema salud-enfermedad, sino a la promoción.** Entonces, ahí en el proyecto se privilegió a las embarazadas, a los niños, a los padres con hijos en edad preescolar, a familias que tienen algún tipo de integrante

que sí tiene un padecimiento. Entonces el encare ahí está desde el lado de la salud, porque una embarazada es ejemplo de salud; se contemplan familias que tienen una persona con un trastorno crónico mental, o personas que han tenido intentos de autoeliminación. Ahí se encara la familia que se supone que está en un estado de salud. (Director, PdeSM, 2010-2014)

Al mismo tiempo, otros agentes, desde posiciones sociales diferentes, generan su propia imagen del jerarca que llega cuando ciertas discusiones ya están saldadas, cuando la herencia ya está originada. Una de las técnicas del PNSM expresa lo siguiente:

A fin de año, asumí [el director citado anteriormente]. En realidad, el piloto ya estaba preparado; él tenía que salir ahora a venderlo y ajustarlo. Se hicieron ajustes en la época de él, bueno se integraron otros compañeros también que vinieron a trabajar específicamente en ese tema, entonces, se fue como afinando más (...) la bajada a la tierra... (Técnica, PdeSM)

Frente a tomar responsabilidad en un proyecto ya diseñado, ¿qué es lo que incentiva el ejercicio de las funciones de gobierno de los agentes particulares?

Como psicólogo, yo me siento contento en ese sentido, de que algo que no se había logrado en toda la historia de la psicología, se logró ahora. Ahora, está el otro lado, que ya sabíamos que era un proceso en etapas, o sea, me parece que se frustró, digo, a ver: las políticas públicas son políticas, digo, son políticas de gobierno. Entonces, a mí me parece, yo lo que aprendí es que tienen un sello del partido, ideológico, no hay una política pública así como neutral. Entonces me parece que hubo un cambio de orientación en el Ministerio y en el gobierno. O sea, me parece que el Ministerio apuntaba a una cosa; después, con el cambio del Ministro, se trancó eso (...) **No podemos separarlo ni de la política ni de cómo funciona el sistema de salud.** (Director, PdeSM, 2010-2014)

Con claridad, la posición profesional y la alineación ideológica aparecen como elementos a considerar en las valoraciones que las personas entrevistadas realizan sobre el proceso de hechura de la política. El interés se entrecruza en el juego por posicionar la disciplina y la orientación de las prestaciones para la atención de la salud mental.

Digamos, en el campo de fuerzas se juega también que el predominio de lo médico aún sigue fuerte, ¿no? (...) Por un lado, lo médico, porque la dirección del sistema de salud es médica en cada mutualista en particular y en ASSE también y, por otro lado, porque me parece que está esta historia de que lo psicológico estaba y sigue estando por fuera del sistema, o sea, en un sentido amplio, o sea, los psicólogos trabajan, bueno, en sus casas (Director, PdeSM, 2010-2014)

Ahora bien, otro de los entrevistados, consultado por la emergencia de la revisión de la política, enfatiza en la generación de «sensibilización» de los cuerpos de gobierno para tomarlo como objeto de la política:

se va generando como cierta sensibilización de la temática, y en el 2009 particularmente, él [el ministro del período 2010-2011] estaba en Economía de la Salud, y ahí yo ya recuerdo que ya teníamos reuniones sobre qué se podía incorporar (...). Sí, antes de que viniera el cambio de gobierno, ¿no? Y bueno, cuando vino el cambio ya estaba decidido, o sea, para mí, lo que hizo, o sea, hubo un movimiento, **hubo una sensibilización (...) conversaciones con [el ministro para el período 2010-2011] desde su lugar de Economía de la Salud. Digamos, y como que había una cierta apertura, ya, había como una buena predisposición,** pero todavía no era una decisión tomada. Cuando asume [como ministro] él ya asume decidido de que la psicoterapia se iba a incorporar en el sistema de salud, porque la salud mental iba a ser una de las prioridades para ese gobierno. Y así fue, fue la época como de los años dorados de la salud mental, porque era todo un placer, todo parecía posible. Realmente que uno sentía que trabajabas, y las cosas llegaban a concebirse, a pensar propuestas, a efectivizarse; era como el sueño del pibe, porque claro, a veces vos estás trabajando y sabes que en realidad eso es probable que después no quede en nada. Muchas veces te pasa que de repente hay temáticas que uno sabe que son prioritarias, pero bueno, hay muchos atravesamientos, muchos intereses de por medio. Acá también había, obviamente que hay muchos, pero en realidad había una decisión política, una voluntad política fuerte de que eso iba a salir, entonces, a toda costa. (Técnica, PdeSM)

Este lugar de puntos de vista marcados por las posiciones desde las cuales se generan esos puntos de vista son producto de las condiciones históricas y materiales de las que devienen los contextos, las coyunturas. Otro entrevistado alude, desde su punto de vista, a lo que evalúa como el contexto que antecedió y propició el abordaje de la salud mental desde la política pública. Valoración que no realiza significativamente ninguno de los demás

entrevistados, a no ser quien ejerció de ministro, si bien se acotó a los acuerdos del Frente Amplio como partido de gobierno reelecto:

Nosotros pensábamos que muchas cosas que suponían ese viaje progresista de la sociedad uruguaya en salud mental se venían cuestionando antes del acceso del Frente Amplio, porque había habido un fuerte movimiento de salud mental, de amplia participación (...) Ese fue el que dio lugar al programa en salud mental que fue avalado, adoptado por el Ministerio de Salud Pública en el 87, primer gobierno democrático después de la dictadura... **Pero lo notable de ese movimiento es que convirtió en política de Estado por decisión del propio gobierno, del primer gobierno democrático, el programa de salud mental. Después hubo contratiempos, hubo otras administraciones que lo achicaron,** le quisieron tomar partes y no quisieron seguir desplegando, pero desde ahí se genera una especie de situación de amplia participación, de esto que nosotros le llamamos *movimiento democrático de salud mental* y una ligazón con el aparato estatal, con la institucional. (...) O sea, que este movimiento ha sido civil, pero a su vez institucional desde esa época (Director, PdeSM, 2005-2009)

El campo político cobra relevancia en la disputa al poner en juego el capital social y el capital cultural de sus agentes particulares. El alcance y los límites de este campo en la lucha por posiciones de dominación requieren de agentes hábiles en el establecimiento de alianzas y con capacidad de seducción en un discurso propositivo y seductor para los intereses de agentes también en posiciones sociales privilegiadas para la conquista de sus intereses (Meichsner, 2007). La voluntad política y la economía política aparecen como analizadores que van dilucidando el por qué y cómo de algunos de los temas que la política pública va generando como objetos propios. Esto subyace, por ejemplo, en parte de la entrevista a una integrante de los cuadros técnicos de ese momento en el MSP:

El Ministerio convocó a una comisión asesora (...) Y bueno, cuando en realidad empezó [el ministro para el período 2010-2011] **ya él había comprado la idea, él asumió y él ya decía que esto iba a salir en ese año** (...) Una medida como realmente al corto plazo, ¿no? Que al final se terminó aprobando y organizando en setiembre de 2011. Y ahí yo creo que tuvo que ver todo este movimiento que se iba gestando, pero también el director de

turno, digamos, del Programa de Salud Mental. (Técnica, PdeSM)

Los agentes, aún en lugares de decisión, son parciales en la medida que sus múltiples pertenencias a campos que se entrecruzan, no siempre en complementariedad, los coloca en la disyuntiva del camino hacia dónde dirigir sus acciones, plantean conflictos de interés consigo mismos y sus entornos. En la entrevista a este director que hereda un PIPSM diseñado ya en sus principios rectores, se identifica con claridad su posición como integrante, además, de un campo profesional, la psicología, donde también este plan significó la emergencia de nudos críticos a disputar en la defensa de sus intereses. Esto determina qué asistencia para qué salud mental es la que queda en disputa al mismo tiempo. Por una parte, el ministro de Salud entrevistado en ese momento hacía énfasis en la psicoterapia como dispositivo de atención no medicalizado. Sin embargo, el énfasis de la atención en términos colectivos, y no solo en la modalidad de clínica individual, no parece estar tan claro. El entrevistado precisamente destaca como impronta de su período de gestión el acento colocado a los componentes, colectivos, grupales del PIPSM y la constitución multidisciplinaria de la coordinación de estos espacios:

Claro, **procesos vitales, tampoco se los patologiza** y, a lo que **se genera un espacio grupal**, que justamente es otra de las cosas que se buscó impulsar en el proyecto (...), le dimos un diseño muy exhaustivo, obsesivo. Y entonces, a esos grupos, se le sacó todo el carácter terapéutico, porque eran abiertos, porque la persona podía entrar y salir, por el número de integrantes, por los coordinadores, porque no tenían que ser en todos los casos psicólogos o psiquiatras, podían ser trabajadores sociales, de enfermería... O sea, **esa parte me parece que apuntaba a otra cosa, porque justamente le sacábamos todo el carácter en que pudiera entrar en una dinámica de terapia**, por cómo se diseñó, por el número de reuniones, o sea, era como (...) una cosa casi de autoayuda. (Director, PdeSM, 2010-2014)

Por su parte, otro agente, del campo académico, coloca su discrepancia en la definición terapéutica de estas prestaciones. El siguiente extracto de entrevista traduce con claridad el punto de encuentro que delimita esta

investigación, la hechura de la política pública y la diversidad de perspectivas que confluyen en la asistencia en salud mental:

Se hace una intervención que tiene un tiempo, que tiene un objetivo, digamos, que se va delineando y que se va acompañando en la resolución de la consulta, que pueden ser seis meses, tres meses, dos sesiones, yo que sé, lo que sea. Creo que (...) también hay muchas teorizaciones, que son válidas, yo no me opongo a ninguna, cuando yo te digo «el tiempo del inconsciente», porque bueno, yo tengo por formación el psicoanálisis, que me supongo que los otros terapeutas, porque lo bueno también es que en las mutualistas hay distintas líneas de psicoterapia. Entonces, yo supongo que, si va un fóbico, capaz que en seis meses le sobra el tiempo en Conductual. A un psicoanalista no le van a alcanzar seis meses con un fóbico, pero a un conductual sí. (...) **Creo que hay que pensar, bueno, ¿qué le sirve a la gente?** A la gente ¿le sirve ir a narcóticos anónimos y eso le hace bien?, está bien. ¿Le sirve ir a la iglesia y le hace bien?, está bien. ¿Le sirve ir al psiquiatra y tomar medicación?, está bien. ¿Qué le sirve? ¿Qué mejora, qué reduce el sufrimiento de la persona? (Docente -A-, Facultad de Psicología)

Un punto en discusión subyacente es la regulación de la asistencia de procesos subjetivos: ¿cómo regular prestaciones a otorgar, cuando se trata de la atención de procesos subjetivos tan singulares como cada persona que requiere la prestación? Una de las dificultades parece estar en precisar el tipo de atención y el tiempo que esta requiere para cada persona. Claramente, partir de un diagnóstico convencional dispara un protocolo de atención y un tratamiento; sin embargo, una perspectiva de salud mental requiere, justamente, el partir de lo que la persona plantea como necesidad de atención y no al revés, preestablecidas o predefinidas. Esto involucra la articulación de recursos y el despliegue de una lógica de diseño de la política asistencial muy distinta a la convencional. El plantear prestaciones que proponen alternativas al modelo médico requiere un cambio de las estructuras burocráticas de atención también, lo cual parece ser uno de los puntos de mayor criticidad a la hora de negociar los contenidos de estas prestaciones. La misma entrevistada continúa acentuando al respecto:

Puede estar pasando una situación vital que no logra resolver por sí mismo, un divorcio de los padres, un divorcio de uno mismo, un duelo o algo. No quiere decir, ojo, que yo diga que toda persona que pase una crisis tiene que ir a un psicólogo. De ninguna manera, es necesario pasar una situación, puede ser conflictiva o de duelo profundo, de tristeza, de depresión, pero hay veces que se pasa un límite razonable, y bueno, ahí se consultará. Y además, **parte de las problemáticas, por eso nosotros no siempre hablamos solo de trastornos, grupos de problemáticas, temas comunes.** Ser padre de hijos adolescentes hoy, por ejemplo, tenemos grupos de eso, edad media de la vida... Todo eso me parece que también, y además, toda la cuestión de prevención, promoción de salud, para que no tengan que llegar a un proceso terapéutico. Entonces, me parece que todo eso se cambia también en la mente, porque también hay una cuestión del propio paciente que piensa que no quiere porque está loco, lo mismo, bueno, ahí hay que hacer mucho trabajo también, y los psiquiatras, nosotros entendemos además que es una cuestión. Hay casos que es complementario, que hay que trabajar en forma complementaria y la interconsulta para nosotros es una herramienta básica (Docente –A-, Facultad de Psicología)

A lo señalado, la cita agrega otra dimensión: la representación social de la psicoterapia en particular y de la atención de la salud mental en general. La representación de «lo mental» como una cuestión de tratamiento especial, no como parte del proceso de atención en salud, se acentúa en la construcción del estereotipo de «enfermedad mental» como una condición de inferioridad, de cuestionamiento sobre la validez y capacidad de quien requiere atención.

La complejidad que adquiere el diseño de este tipo de prestaciones en términos de la asistencia que se pretende ofrecer y la atención que la población demanda, es dada, además, como he señalado anteriormente, en el énfasis que la política asistencial le otorga a un tipo de terapéutica en particular. Aquí subyace también lo que cada agente con poder de decisión en el diseño entiende sobre estas terapéuticas. Esto es señalado por otro agente, perteneciente al campo gremial-profesional de la psicología:

Ahí está el error: él [director del Programa de Salud Mental para el período 2010] **considera que la atención psicológica es psicoterapia.** Ahí está el error. Parecería que por momentos no es ni siquiera político, es conceptual; para mí es un error conceptual. Incluso te diría más, bueno, es psiquiatra, perdóname, no

puedo evitarlo. **Nunca tuvimos la oportunidad en ese momento de hablar con** [el Director del Programa de Salud Mental del período 2010], porque creo que si hubiéramos podido hablar se hubiera podido trabajar desde otro lugar. **Hubo como un prejuicio en el primer vínculo.** Hasta te digo más: quedó como que era necesario trabajar puntualmente las adicciones, los grupos de las maestras que están sobrecargadas con su trabajo... entonces la visión que nosotros teníamos ... lo que planteábamos era, bueno, pará, pero vos me estás planteando que en un primer momento vos concebís al ser humano como alguien que es inseparable de los procesos sociales e históricos, y por otro lado le pones un comité de recepción que le va a decir «usted es depresivo». (Integrante de la CPU)

Como lo he señalado al inicio de este capítulo, en el entramado de las luchas definicionales, lo enunciativo –la psicoterapia- en este caso, pone en movimiento no solo representaciones de lo que se entiende por ese enunciado, sino además las relaciones de dominación que se establece en un mercado de valoraciones subjetivas, en el que los agentes hacen pesar sus posiciones sociales de partida, estableciendo posiciones estratégicas desde las cuales establecer los términos de disputa a partir de «valores dominantes estructurantes y estructurados, en forma de *habitus*, en el propio mercado» (Alonso, 2004, p. 2012). La entrevistada expone las reglas de juego a las que se suma en tanto proveniente de un campo que no es dominante en la disputa por el contenido que adquieren las prestaciones de salud mental en el plan en cuestión.

En términos de conquista en la fijación de prioridades en el PIPSM, el campo político parece liderar el establecimiento de puntos de inicio a partir de posiciones de poder aseguradas en un campo burocrático afín a sus intereses como parte de la elite de gobierno. Los agentes provenientes de otros campos despliegan sus *habitus* en función de capitales más o menos desarrollados en el ejercicio de la acción política, en términos de disputa por lograr correlación de fuerzas y alianzas que refuercen sus posiciones de privilegio en el campo de lucha. Así, la psicoterapia y su orientación teórica y operativa para la implementación de la prestación, la distinción de la población objetivo, los grupos prioritarios y los alcances de cada etapa de implementación traducen

precisamente los términos de las relaciones de poder entre agentes. La «voluntad política» posibilita la presentación con o sin disposición de colocar en el juego aspectos del tema en cuestión, lo que marca un caudal de dominación de suma relevancia para dirigir los temas que serán colocados como temas de política pública. Al mismo tiempo, la estrategia de «economía política» revela las habilidades para la generación de estrategias ajustadas a la posición de cada agente con el que los provenientes del campo político deben interactuar.

CAPÍTULO 4

CAMPOS EN INTERSECCIÓN: AGENTES, POSICIONES SOCIALES Y TOMAS DE POSICIÓN

*La salud o la enfermedad no son, propiamente hablando,
hechos del mundo de las cosas reales,
sino hechos del campo de las relaciones sociales:
de las valoraciones subjetivas que los actores hacen sobre los hechos,
y de las situaciones de poder que ellos encarnan.
La salud es un valor y no un ser:
expresa preferencias que se construyen en las situaciones sociales,
pero no designa cosas.*

(Samaja, 2014, p. 34)

Este capítulo representa el último punto de llegada en el recorrido comprensivo que he venido desarrollando; provisorio, dinámico, en la medida que la perspectiva de análisis relacional que propone Bourdieu nunca se cierra pues aparece siempre en movimiento como la realidad misma a la que aspira capturar e interpretar.

Me centro en el análisis de las posiciones sociales -la posición objetiva de cada agente en el espacio social- y sus tomas de posición en función del campo de disputa -prácticas, discursos, representaciones, que importan- a su campo de origen-, así como su dominio en el campo para la identificación de pérdidas y ganancias en la disputa, a partir de la intersección entre campos, en tanto estos no son impermeables entre sí, sino que se conforman según sus particularidades, a través de los agentes que desarrollan sus prácticas – siempre sociales- en campos interrelacionados que mantienen una relativa autonomía respecto a otros campos del espacio social. (Bourdieu, 2006)

Los discursos de las personas entrevistadas adquieren especial relevancia en este capítulo, en tanto son estos contenidos los que van orientando y otorgando evidencia a la identificación y al análisis de las tomas de posición y de las intersecciones entre los campos confluyentes.

Organizo el capítulo en dos apartados que me permiten identificar los principales elementos de análisis. Por una parte, en lo que refiere a la orientación de la cobertura de las prestaciones en términos de la población a alcanzar y del tipo de asistencia a establecer, destaco las tomas de posición y argumentaciones de los agentes involucrados. Y, en el siguiente apartado, me refiero particularmente a la disputa por la validación de las trayectorias que otorgarían reconocimiento a las profesiones convocadas para la puesta en práctica de estas prestaciones, como una estrategia más, desplegada en el campo de juego.

4.1- ¿Quién fuera y quién dentro de la política pública?

La participación en el diseño de la política es una disputa en sí misma, en la que se dirime no solo el espacio que ocuparán los agentes no gubernamentales, sino también aquellos que integran la clase política de gobierno. En el apartado anterior, dejé planteadas algunas determinaciones vinculadas a las improntas personales de los agentes particulares al frente de la dirigencia, que se ponen en juego en la definición de qué aspectos de la asistencia en salud mental serán integrados a la política pública y cómo van a ser atendidos. Este nuevo tramo de la presentación del contenido discursivo de las personas entrevistadas recupera, en ese mismo sentido, las características de *habitus*, modos de hacer y comprender, vinculados a la posición social.

En la cita que sigue, es posible identificar, a través el relato del entrevistado que ocupó el cargo de Ministro de Salud durante el diseño del plan, sobre cómo se fue conformando la integración del cuadro político y técnico que intervino en el diseño del PIPSM.

Entonces, el ministerio, para implementar esta propuesta, **tenía un programa de salud mental que formaba parte de la generación de programas que en el primer período de gobierno no tuvieron demasiado desarrollo. Bueno, ahí se gesta el programa de salud mental**, yo pongo a cargo del programa de salud mental a [quien] en el primer período de gobierno estuvo con nosotros, pero como director de salud mental de ASSE, digamos, le pido que salga de ASSE, que venga al ministerio y que se encargue del programa de salud mental, con el objetivo central de armar la incorporación de la salud mental al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), y por otro lado, digamos, **armamos un equipito allí. Yo tenía como adjunta a [una amiga] que es psicóloga, que fue un poco la, junto con [el nuevo director del PSM], los elaboradores de este catálogo de prestaciones.** Entonces, **ahí el primer paso fue discutir cuál era la prioridad**, digamos, o sea asumiendo que íbamos a incorporar al PIAS de manera gradual, dónde estaban las prioridades digamos. Y ahí, **el fundamento (...) es que el principal problema que tenía el sistema mutual para dar respuesta a la salud mental, estaba en la terapia, en la psicoterapia...** (Ministro de Salud, 2010-2011)

¿Cuáles son las prioridades, cuál es el asunto sustancial que tratará la política? Dicho de otra forma, ¿cuál es el orden y de quiénes son los intereses que comienzan a ponerse en situación dominante? El orden de tales intereses dominantes parece estar atravesado por las circunstancias coyunturales: «ese era el momento», alude una de las entrevistadas. Circunstancias políticas e institucionales que habilitan la emergencia de acciones de reforma del sistema, en este caso del sistema de asistencia a la salud. Esta correlación de fuerzas, tal como lo señala Bourdieu en el sentido de poder de legitimación a través de una imposición de significados basada en la violencia simbólica de tal imposición, se hace eco de las circunstancias favorables para establecer los cambios necesarios en la reforma asistencial.

El relato evidencia lo necesario no solo del vínculo político para la correlación de fuerzas, sino además de la afectividad en el vínculo para establecer bajos niveles de conflictividad en la acción de imposición.

Todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significados e imponerlos como legítimos disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza. (Bourdieu y Passeron, 1996, p. 44).

Siendo el Estado quien tiene la posición dominante en el ejercicio de la violencia, es él también quien dispone los medios, canales y códigos a través de los cuales se ejerce. La violencia simbólica necesariamente requiere de un sometimiento «voluntario», en el cual la afectividad es un componente. Sirve, a modo ilustrativo, remitir al análisis del sistema educativo, como lo hace Peña (2009, p. 62) a partir de la perspectiva bourdiana.

La violencia simbólica es una apuesta conceptual muy fuerte en la teoría sociológica de Pierre Bourdieu. Este problema no es exclusivamente académico, es ante todo político, ético y estético; la violencia simbólica se ejerce en el Estado, se encarna a la vez en la objetividad bajo formas de estructuras y de mecanismos específicos. Hay una gama muy amplia de aspectos o de formas como se puede ejercer tal violencia simbólica y cada campo es un lugar de su ejercicio. Los sistemas culturales funcionan como una matriz simbólica de las prácticas sociales y se constituyen en el fundamento de una teoría del poder, de la reproducción de la dominación.

En el marco del diseño del PIPSM a reforma asistencial que nos atañe, uno de los mecanismos de dominación del campo de juego fue la conformación de comisiones con representación del campo burocrático y con funcionamiento en instalaciones dependientes de la estructura burocrática de ese campo. La técnica entrevistada que alude a la precisión del momento para proponer e iniciar la reforma, también historiza, trayendo a colación antecedentes de trabajo que no recupera en su reseña el ministro del momento. La entrevistada plantea otros puntos de partida:

porque **hubo una comisión asesora técnica que trabajó en el 2005-2007 en una propuesta** (...) Trabajó justamente en el tema este, de la psicoterapia y los abordajes psicosociales, y generó un documento y fue un documento previo, como un antecedente para el plan definitivo. Ese documento (...) **tenía una gran representatividad, de diferentes instituciones, disciplinas...** fue el momento así de apertura, digamos, a todo eso... Y ahí sí participaron todos, y se hicieron determinadas propuestas; **pero en el 2010, cuando se retoma el trabajo en realidad, la dirección de ese momento... que además él es psiquiatra, decide que, como esto tiene que ser rápido, porque el momento es ese, él decidió como estrategia trabajar con asesoramiento técnico, no hizo la consulta más abierta.** (...) Entonces, se seleccionaron como personas, se pensó gente que pudiera venir a apoyar, a bajar esto a tierra y asesorar técnicamente, porque además la comisión asesora tiene eso, **hay momentos que se vuelve más política y en momentos más técnica, como que depende de la necesidad...** (Técnica del PdeSM)

El documento al que refiere la entrevistada fue producido en los primeros dos años de gobierno de izquierda, y constituyó la primera convocatoria consultiva a agentes de distintos ámbitos vinculados a la salud mental. Este documento destaca en su contenido el perfil interdisciplinario de los abordajes y su diversidad, según los requerimientos de la población a asistir y de los temas a atender en el marco de la salud mental. Como he señalado en el capítulo anterior, este documento antecedente para el diseño del PIPSM, avanza en una enunciación denominativa arriesgada en términos de confrontar cambios de posicionamientos, de generación de puntos de vista distintos para decir qué se entenderá por salud mental.

No es menor la distinción entre quien encabezó la organización de ese documento —psiquiatra formado en la línea psicoanalítica emergente en el país desde los años 60,²³ disidente de la psiquiatría clásica y biológica,

²³ Desde la mitad la década de los años 60, la psiquiatría uruguaya una revisión de sus postulados en torno a los tratamientos a aplicar sobre las personas a las que se trataba, principalmente a partir del informe de Pierre Chanoit sobre la salud mental en Uruguay como consultor de la OPS/OMS, que también sirvió de referencia para la elaboración del plan de salud mental de 1972. No obstante, este proceso vio su freno en la instalación del régimen de dictadura cívico-militar que padeció el país en el período 1973-1985 (Techera, Apud y Borges, 2009).

defensor de la mirada histórico-crítica para el análisis de las intervenciones de la psiquiatría— y quien retoma el tema —economista de formación—, que incorpora al espacio de decisión a agentes también provenientes de la psiquiatría, suma a agentes de la psicología con una impronta burocrática, quienes, si bien también tienen una visión no ortodoxa para el campo *psi*, avanzan en la gestión de la política pública desde un enfoque menos aperturista y más arraigado a la psiquiatría biológica. Los agentes provenientes del campo profesional convocados a cumplir funciones en el campo burocrático se implican en una práctica diferente a la que ejercería en su campo de origen, dado que cambia el orden de intereses de un campo y de otro.

El director asignado para tal período (2009-2010) lauda el tema cerrando la consulta. El avance en la discusión y negociación de las prestaciones pasa a un círculo reducido, en el que son otros los aspectos a tomar en cuenta en virtud de los intereses en juego en este espacio ahora más acotado. Los agentes del campo burocrático a través de un director en particular —que trae consigo características no inocuas, está determinado por su formación en psiquiatría y por el estatus académico y político alcanzado en su formación y práctica profesional—, son quienes determinan la apertura o restricción a la consulta y la participación de otros agentes de menor incidencia en la arena política en ese momento. El director que lo releva en su cargo es claro en describir que llega a asumir una tarea laudada en términos de acuerdos para el contenido del PIPSM, lo que le posibilita solamente la gestión de la negociación siguiente para su implementación:

Entonces ya se habían formado, (...) grupos de asesoramiento técnico... Y en base a eso fue que trabajamos, o sea, **el objetivo político era darle un impulso.** (Director, PdeSM, 2010-2014)

Este escenario así conformado, con un economista como Ministro de Salud y un psiquiatra frente al PNSM, va delineando la perspectiva política y técnica de las prestaciones. El director subsiguiente, psicólogo de formación, aprecia:

Bueno, a mí la palabra *prestaciones* no me gusta, me parece muy... economicista. **Esa parte fue antes de que yo estuviera...** (Director del PdeSM, 2010-2014).

El sentido de lo dominante marca el rumbo, siendo claro que sus herederos escaso margen tienen para hacer variaciones.

No se llamó a instituciones... Se llamó a personas referentes, se consideraba que podían aportar, por experiencia, de diversos lugares; se discutió con ellos. Eso fue, y después, cuando yo asumí, lo que hicimos fue darle un contenido al proyecto, digamos, una articulación al proyecto y poder impulsarlo. (Director del PdeSM, 2010-2014)

Significativamente, otra de las personas entrevistadas trae a colación en su conversación a la autonomía como interés en sí mismo, aludiendo al lugar o posición social de preeminencia de algunos agentes en particular:

Cuando se hicieron las prestaciones... lo que creo es que hubo interés en preservar la autonomía, la hegemonía o el derecho de los médicos a tomar decisiones. Entonces, bueno está bien, vamos a escuchar qué dicen los psicólogos, pero los médicos somos, como es una cosa de médicos, porque la mutualista es una cosa de médicos, nosotros somos los que... (Docente -A-, Facultad de Psicología)

Otro de los directores actuantes, en este caso para el período 2005-2009, período por demás clave en tanto es cuando el Frente Amplio asume su rol de gobernante, resalta la característica de negociación de las prestaciones, y con claridad traduce las limitaciones para que los contenidos producidos en espacios de participación colectiva sean retomados:

Las prestaciones ya son una negociación, obviamente, porque vos no ponés todo lo que la participación te propone (...) Pero uno diría que, desde el ochenta, desde el acceso del retorno a la democracia, este movimiento tuvo un fuerte componente participativo y una institucionalidad reconocida casi de entrada. **La participación ha sido más grande que en salud física**, porque viste que es más difícil hacer participar a los familiares y a los usuarios de los servicios de salud. (Director del PdeSM, 2005-2009)

Son significativos para el objeto en estudio dos énfasis que realiza el entrevistado en este tramo del contenido discursivo que elabora. Primero, en la cualidad de *negociación* que les otorga a las prestaciones que efectivamente quedan plasmadas en el PIPSM. Las prestaciones son el objeto en sí mismo del juego desplegado. Qué prestaciones, desde quiénes y para quiénes, y cómo serán implementadas, es el núcleo de disensos y acuerdos. Emerge aquí el caudal posible de capitales a adquirir para que cada agente desarrolle ese juego con éxito, lo cual, por una parte, lo brinda el *habitus* y las nuevas tomas de posición. Esto se relaciona con cuánto de práctica en la disputa de intereses en el campo político tiene aprehendido cada agente. Al mismo tiempo, esto estará fortalecido o deprimido en términos de capitales, de ganancia acumulada en el ejercicio de la disputa política, en los vínculos establecidos para la negociación y la correlación de fuerzas. Cualidades vinculadas al reconocimiento social, el prestigio y el lugar de autoridad, en un orden de capitales simbólicos que también colocan un peso significativo en los agentes que lo portan.

En estos aspectos o cualidades en particular, parece ocupar un lugar destacado el ostentar un título académico o una posición de autoridad por trayectorias de militancia en el campo. Puede asemejarse al valor que Bourdieu otorga al capital simbólico reconocido en posiciones sociales de prestigio y reconocimiento social, como el «gran apellido» (Bulcourf y Cardozo, 2011). El «gran apellido», la impronta de reconocimiento social, pone en juego la legitimidad que se le otorgará a uno u otro agente. Ahora bien, cuál es el «gran apellido» dominante, cuál es el capital simbólico dominante en la disputa por las prestaciones de salud mental en cuestión. Parecería acentuarse en la carrera política y en el saber experto validados por títulos académicos, tanto si bien algunos entrevistados se remiten relato de la movilización social y conquistas en materia de política asistencial como antecedente al planteamiento de prestaciones de salud mental para incorporar a la política de asistencia en salud.

Uno de los exdirectores del PdeSM señala a los movimientos de participación en los temas de salud mental como impronta de las reformas asistenciales que ha tenido el país; alude a lo que él mismo llama «movimiento democrático en salud mental». Este movimiento se da en la segunda mitad de la década de los años 80, fundamentalmente con la participación de familiares de usuarios de los servicios de psiquiatría, con los que se contaba para la asistencia en ese momento. Si bien no hay antecedentes documentales que formalizan la creación de este movimiento, el relato del entrevistado y algunas de sus publicaciones como académico y agente de gobierno son elocuentes de su participación activa y fundadora de este movimiento, (Ginés, 2013, 1998a, 1998b)

No obstante, no hay otros agentes que retomen la historicidad de la movilización por fuera del campo burocrático. La asunción de un partido no tradicional en el gobierno marcó un inicio que, en algunos aspectos, pareció borrar en agentes particulares, la referencia a antecedentes históricos. Tal como lo he señalado en el segundo capítulo de este documento, los mecanismos de participación se destacaron como impronta política e ideológica de la reforma del sistema de salud y del diseño del SNIS. La «economía política» es mencionada por los hacedores de la reforma como un soporte para la generación de acuerdos y la apertura consultiva a los agentes implicados. Otro de los entrevistados, señala:

Es alrededor del 2005 fundamentalmente que se abre la puerta para las organizaciones de familiares de personas con algún trastorno mental severo o permanente. En esa época (...) recuerdo que nosotros estábamos trabajando y algunas otras personas, familiares en sus ámbitos; yo estaba integrando Ciprés y había otros familiares que estaban en Sur Palermo, otros familiares allegados a la comisión de apoyo de Patronato y nos convocaron para nombrar algún representante que, como representante de la comunidad, integrara lo que se llama la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, un nombre que ya viene de la ley del 36 y ahí seguimos. **Estábamos trabajando en conjunto, las asociaciones, por temas comunes a los familiares y ahí empezamos a trabajar con el programa, empezamos a trabajar con la Comisión Asesora Técnica permanente del**

Programa de Salud Mental. Y en un plenario, me nombran presidente de esa comisión. Y ahí empezamos a trabajar. Se empiezan a formar grupos de estudio, para distintos temas de salud mental y ahí vamos interviniendo más y en conjunto con las políticas del ministerio. Al mismo tiempo y paralelamente, se va afianzando el trabajo en conjunto de las asociaciones distintas de familiares y se va formando una federación, que se llama, ahora se llama Caminantes y que agrupa, en este momento, está agrupando a varias asociaciones de familiares de todo el país. (Representante de asociaciones de familiares, CATP)

La validación de los agentes particulares «representativos» de los colectivos más o menos formalizados de los que provienen es un procedimiento en el que la lógica burocrática del Estado no es ajena. Es de señalar cómo el entrevistado relata su inserción en distintos colectivos de familiares. Sin embargo, la validación para participar en el diseño del PIPSM no cobra valor solo por su integración en colectivos organizados, sino además por su inserción en otros espacios formales del Estado, en esta Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Las posiciones sociales que se van conquistando permiten el acceso a otras posiciones sociales, en modalidad de eslabón en la carrera por aumentar su capital y mejorar su posición en la disputa.

El mismo entrevistado continúa destacando algunos términos de organización y funcionamiento desde esa lógica:

La idea de esa comisión asesora en el programa es lograr consensos entre todos los agentes o los actores que intervienen en la salud mental. Entonces se citan a representantes de la sociedad de psiquiatría, la de los psicólogos, enfermeros, los familiares, qué más, funcionarios. Los funcionarios no participan, generalmente no han venido. **Al final de año se convoca un plenario de todos los representantes, de todas las instituciones, para darle una aprobación general a todo lo que se trabaja, a los consensos a los que se ha llegado,** y así se fue avanzando. Lo que tiene ese sistema es que da fortaleza después a la parte política, en el sentido que, si sale un documento, varios documentos con determinados temas, en donde los actores que intervienen en la salud mental están de acuerdo, le da una fuerza política tremenda para que eso después se concrete. (...) Había cosas que, de repente, algunos querían imponer, que, bueno, después quedaban por el camino, pero después todos aceptábamos que hasta

ahí se podía llegar (Representante de asociaciones de familiares, CATP)

El consenso parecería adquirir un estatus de pérdida y ganancia al mismo tiempo. El entrevistado alude a la imposición como acción para llegar a plasmar intereses de algunos agentes en el documento, sin embargo, la imposición parece tener la cara del propio consenso en los hechos. El consenso funciona como mecanismo que cierra la posibilidad de continuar el debate, por tanto es velo para quien disiente y argumenta tal disenso. Ahora bien, en la metáfora del juego, este movimiento entre ganadores y perdedores, parecería existir una ganancia en común y es el aprendizaje del propio juego, el capital que cada uno genera o fortalece en la medida que desarrolla tal juego. En este sentido, es elocuente el señalamiento de Bialakowsky (2016), respecto a que el aprendizaje del juego solo se logra jugándolo, poniendo en práctica sus reglas, lidiando con sus reglas.

Dadas la homogeneidad y la heterogeneidad constitutivas de lo social, a los juegos sociales nunca se entra en condición de igualdad, he ahí su «trampa». Esta desigualdad no solo se explica por las diferencias objetivas, de recursos a disposición del jugador, sino sobre todo por las disposiciones adquiridas en *habitus*. Tales disposiciones permiten no solo poder jugar el juego, sino jugarlo de un modo u otro, de manera tal que, frente a la temporalidad específica de la práctica (del *kairós* y la urgencia), se puedan hilvanar estrategias acordes a ese *habitus*. Entonces, la clave de esta «trampa» radica en que las modalidades del juego, sus reglas implícitas, y aquello por lo que «vale la pena jugar», son acordes a los *habitus* de los grupos o clases dominantes de una sociedad. Es decir, «mágicamente», sin planificarlo de forma explícita, aunque asegurando la defensa de los «resortes del juego», los sectores dominantes «triumfan» en un juego en el cual se supone que son partícipes iguales que los otros (Bialakowsky, 2016, p. 21).

Este es otro de los puntos de encuentro, y tal vez también de colisión entre estos campos —la hechura de la política pública y la salud mental— las reglas

particulares del juego en un campo y otro, y su confluencia en el campo en disputa —el diseño de políticas para la asistencia de la salud mental—. Se conforma un espacio no solo de lucha o disputa, sino básicamente de relaciones, de interacción e intercambio entre un agente y otro.

Lo que resulta claro es que, al ser al mismo tiempo un campo de luchas y un lugar de relaciones y de puntos de vista, un espacio social tan complejo y un movimiento como este no puede ser explicado como un conjunto coherente sin principio generador y unificador de las prácticas y de los puntos de vista. En la red de relaciones se constituye el campo, el *habitus* funciona entonces como un operador. (Martínez, 2007, p. 211).

Si solo se saldaran a partir de consensos las posturas en disputas del campo, quedarían veladas sus diferencias radicales —es lo que he retomado en el planteo de las características del proceso de elaboración de la ley 19529—. Sin embargo, la política pública requiere de consensos para poder accionar, ser aprobada y ejecutarse. Al tiempo que el campo de la salud mental requiere de políticas para generar el tipo de asistencia que se plantea en tales posturas. En el proceso de hechura del PIPSM que he tomado como objeto empírico traduce al consenso como la estrategia para validar una política que se requiere a sí mismo plural y contemplativa de los diversos intereses. Es tan marcada la importancia de llegar al consenso que se desestima explicitar los disensos también como producto de la pluralidad.

En términos de posiciones dominantes y posiciones dominadas, una de las personas entrevistadas en el marco de su integración del gremio de psicólogos (CPU), describe:

Lo que vimos fue que realmente pesa muchísimo la concepción médica de lo que es la psicoterapia, y el peso que se le dio al aspecto este y además el tema de cómo se abroquelaron las instituciones científicas para no perder espacio. (...) A la coordinadora nos llegan en el 2010 las primeras intenciones que había de la posibilidad de instrumentar la psicoterapia. **Nosotros no llegamos nunca a tener una entrevista con [el director del Programa de Salud Mental en el 2010]** hicimos la primera entrevista con [el ministro], pero [el director] no fue a la reunión,

estaba [una de las técnicas] y había otras psicólogas que estaban dentro del equipo de [el director]. Después, él renuncia y viene un nuevo. Nosotros no llegamos nunca a tener una entrevista con él. que, siendo psicólogo, psicoanalista, quedara en ese lugar tan poco claro que adquirió la psicoterapia en las prestaciones. (Integrante de la directiva de la CPU)

Sobre este asunto, la CPU, en uno de los números de su revista en el año 2010, publica como tema central argumentaciones de la mesa ejecutiva de la CPU, en relación a las declaraciones del director del PNSM para ese período. Expresa en tal documento, precisamente esta «concepción médica de lo que es la psicoterapia» en palabras de la entrevistada que he citado en el párrafo anterior. La mesa ejecutiva considera al énfasis puesto en el documento del PIPSM para la atención en psicoterapia como «medicalización del sufrimiento psíquico». Por su parte, el PIPSM enuncia a la terapéutica como tratamiento del trastorno mental: «Las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy, a los mejores niveles de la medicina y están fuertemente comprobadas, lo que justifica su inclusión en las prestaciones». (Uruguay, 2011). En torno a esto es que la CPU enfatiza la impronta medicalizada del PIPSM:

La mirada crítica está orientada hacia el fundamento mismo del plan y no solo a cuestiones circunstanciales o de ciertos instrumentos como los comités. Esta es la definición medular que sustenta la política aplicada... Como se puede leer, no se trata de otra cosa que la medicalización del sufrimiento psicológico (CPU, 2010, p. 22)

El atravesamiento de distintos campos de disputa, el establecimiento por tanto de múltiples intereses en los mismos agentes, posiciona a estos en la necesidad de jerarquizar qué decisiones tomar y desde cuáles de esos campos imbricados va a actuar como agente de interés. Los distintos tramos argumentales citados van mostrando que el campo político con agentes en posiciones de dominación debilita a sus oponentes. La burocracia desplegada a partir de la formalización de los espacios de participación, así como de las metodologías utilizadas para el desarrollo de instancias consultivas, están

conducidas por los intereses prefijados, sobre los cuales escasos márgenes de incidencia tienen los agentes que provienen de otros campos.

Él tuvo varios diálogos con la secretaria general [de la Coordinadora de Psicólogos] tratando de, bueno, mostrando la importancia que era tratar de lograr tener insumos desde la coordinadora, para poder también, marcar una postura en relación a esto. **El tema es que también participaron gente del ministerio que no solamente eran psicólogos**, más allá de que [el nuevo director] realmente tuvo muy buena intención y trató de trabajar, para mí quedó bloqueado. Entonces, **viste que a veces uno cede terreno para poder seguir avanzando y entonces, bueno, quedó este plan**. Lamentablemente, las energías se nos fueron en pelear por las áreas de trabajo, en vez de poder pensar, bueno, en qué lugar como psicólogos vamos a poder trabajar (Integrante de la directiva de la CPU)

La coordinadora de profesionales de la psicología es de orden gremial, y es desde esta definición que los agentes provenientes del Estado entienden los argumentos de la CPU. Por otra parte, algunos de los mismos profesionales de la psicología participantes en la CPU también participaron por el campo académico desde su función de docentes de la facultad de psicología. Desde este lugar tuvieron una suerte distinta en el vínculo con los agentes del Estado, no parecen haber sido interpretados como simples defensores de su campo laboral, sino como interlocutores de experiencias de implementación de prestaciones de psicoterapia:

El Consejo de la facultad no me nombró como representante, pero ta, yo empecé a concurrir. Sí fue a través de la Coordinadora de Servicios de la Facultad de Psicología. **La coordinadora me designó como miembro para trabajar concretamente** en el grupo de trabajo número 2, de la Comisión Asesora Técnico Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Fui citada ahí, también por mi trayectoria personal... Me llamaron como asesora, inclusive está mi nombre en el Plan Nacional Integrado de Salud como uno de los que contribuyeron. (Docente -B- de la Facultad de Psicología)

La integración de agentes provenientes del campo académico es a partir de una posición social reconocida y legitimada por los agentes del campo burocrático a partir del capital simbólico y el capital social que la práctica

académica adquirió en la disputa por la jerarquía de clases. De alguna forma, esta práctica académica está ligada a la función del Estado por la oficialización de los títulos profesionales, tal como lo señala Martínez (2007):

El campo universitario es evidentemente un campo que se construye a partir de la posesión de un tipo particular de capital de fuerte peso simbólico (prestigio, relaciones, etc.) y el capital económico se sobreañaden y juegan en el campo, pero lo que se reconoce como derecho de entrada y como distribuidor legítimo de clases y jerarquías, es el capital cultural, reconocido y atestado por los títulos escolares. (p. 245)

Es posible identificar en esta integración del campo académico, en el espacio de diseño de la política pública, una doble condición. Podría, por un lado, leerse su participación como la legitimación de su capital por los agentes del campo burocrático, cierta consideración de su autonomía para analizar la política y aportar desde su saber específico. Ahora bien, ¿es este efectivamente un ejercicio de la autonomía relativa del campo? ¿el peso del Estado en el campo político, a partir del ejercicio de la violencia simbólica en su lugar de dominación, lo sume al agente académico en una posición social funcional al campo burocrático? Retomo a Bourdieu cuando alude a «la doble cara del Estado: dominación e integración» (2015, p. 304). Al mismo tiempo, por otro lado, a partir de su integración, el agente académico parece sumirse al campo político en el juego que despliega del Estado, a partir de una relación heterónoma en la que el agente académico ejerce como agente de gobierno.

La autonomía del campo intelectual es una conquista histórica que ha sido extremadamente larga, difícil. De manera bastante sistemática, desde hace tiempo, esta autonomía se ve amenazada por una convergencia de acciones que [proviene] del campo político y de las acciones periodístico-mediáticas, en las que intervienen «intelectuales populares» que se convierten en servidores de la heteronomía. (Bourdieu, 2015, p. 305)

Sin embargo, Bourdieu también señala que no se trata de una situación homogénea, del campo intelectual sometido al campo burocrático, sino que «hay siempre, en un campo intelectual autónomo, intelectuales más

autónomos que otros y unos más heterónomos que otros». (2015, p. 305). Esta tensión pone en juego el logro de intereses y la preservación de la posición social o de su superación, conquista de una mejor posición social. En la hechura de la política pública, esta autonomía se encuentra en tensión en tanto los agentes no solo disputan su interés, sino además, la conservación de su autonomía.

Ahora bien, hasta aquí, el recorrido que he realizado en el análisis no se centró con precisión en la población a la que en definitiva quedan orientadas estas prestaciones. Quién dentro y quién fuera de las prestaciones, según los términos definicionales que van prevaleciendo en la disputa de los agentes que están en el armado de la política asistencial, requiere el análisis de la entrada y la salida del juego de agentes involucrados en el diseño y, al mismo tiempo, de aquellos a quienes estos pretenden dirigirse con las prestaciones. Este punto en particular merece detenimiento, dado que constituye uno de los tópicos de disputa. Hacia quiénes y cómo dirigir las prestaciones trae a la escena de juego la ampliación o restricción del campo de injerencia, particularmente para agentes de los campos profesional y académico. En el ítem que sigue me detengo en ello enfatizando en la orientación que toman las prestaciones, y las disputas por el reconocimiento y la validación de los capitales acumulados.

a) Énfasis en la orientación de las prestaciones

Se trata de ubicar el orden de categorización que propone el campo burocrático en la búsqueda de legitimidad de las acciones desde una posición política y gubernamental con autoridad para mandar (Bourdieu, 2015). La política pública determina el asunto o problema sobre el que se dispondrá a accionar, mediante la construcción de categorías, una categorización que permite ordenar, distinguir y definir el escenario en el que actuará. En este

escenario, los agentes particulares adquieren cierto estatus en el marco de la clasificación de las poblaciones. Una de ellas es, por ejemplo, la que atañe al objeto de estudio; me refiero, en principio, a la definición política de quién entrará como «población usuaria» de las prestaciones en salud mental. Al mismo tiempo, esta categorización en su interior es heterogénea y jerárquica, algunos adquieren mayor relevancia y serán definidos como grupos «prioritarios».

Bourdieu alerta sobre la posibilidad de que la categorización o «categorema» sea aceptada o rechazada. Esto está ligado a su análisis sobre el sentido que cobran socialmente anunciados públicos para cualificar a las personas. A partir del análisis del «insulto», ilustra cómo hay categoremas que podrán ser ampliamente admitidos y puestos en lo público sin temor al rechazo y cómo otros correrán por el carril contrario (Bourdieu, 2019). Para el estudio que atañe a esta tesis, categoremas como «enfermo psiquiátrico», «paciente», «vulnerable», «población usuaria», entre otros, pueden ser admitidos por algunos agentes y no por otros; por lo cual se torna sustantiva la legitimación de las operaciones de categorización y jerarquización.

En las entrevistas realizadas, es posible identificar la tensión en los procesos de categorización de las prestaciones y de definición de la población destinataria. Así, los agentes del campo profesional, gremial y del campo académico disputarán en su interna si la categorización valida más a una disciplina que a otra, a la psiquiatría o la psicología. Y al mismo tiempo, a qué perspectiva hegemónica dentro de ellas en las ramas del saber académico, es decir, qué tipo de psicoterapia prima por sobre otro. Esto supone un proceso de legitimación de esta categorización al que todos los agentes acceden, cualquiera sea su posición.

Tienen en común el ser acciones realizadas por agentes dotados de una autoridad simbólica y provocar efectos. Esta autoridad simbólica, paso a paso, remite a una especie de comunidad ilusoria, de consenso último. Si esos actos obtienen consentimiento,

si la gente se doblega —incluso si se rebelan, su rebelión supone un consentimiento—, significa que, en el fondo, participa consciente o inconscientemente de una suerte de ‘comunidad ilusoria’ —en expresión de Marx, a propósito del Estado— que es la comunidad de pertenencia a una comunidad llamada nación o Estado, en el sentido de conjunto de personas que reconocen los mismos principios universales. (Bourdieu, 2015, p. 26)

Durante la entrevista con quien fuera ministro de Salud en el período bajo estudio, surge el relato breve y preciso sobre cómo se instala, en el marco de la reforma de la salud, la integración de las prestaciones de salud mental:

en el primer período de gobierno del Frente (...) yo fui director general y [estuve] a cargo, un poco, de la reforma. Allí se fijaron como tres grandes prioridades, digamos, que de alguna manera eran: crear el seguro nacional de salud, es decir hacer la reforma económica del sistema sanitario, esa fue la gran prioridad (...); en segundo lugar se hizo el seguro de salud, el Fonasa. La segunda prioridad fue definir un plan de prestaciones que de alguna manera fuera homogéneo para todo el sistema. Ahí se crea el PIAS, Plan Integral de Atención en Salud y (...) el Formulario Terapéutico de Medicamentos. La tercera prioridad fue la del cambio del modelo de atención. En el segundo [período de gobierno] que es el que nos refiere a nosotros, que es el plan de prestaciones, **la decisión que se tomó fue que se legalizara en un plan taxativo, lo que en ese momento ya existía en el sistema. Es decir, el PIAS, con muy poquitas excepciones, en realidad lo que hace es poner en papel lo que ya era norma**, digamos, en el sistema, sobre todo en el sistema mutual, y homogeneizar el sistema público y privado. Por lo tanto, las prestaciones que no integraban la canasta obligatoria de prestaciones, no la integraban de hecho, porque hasta el PIAS no había canasta de prestaciones, nadie sabía qué es lo que se debía dar y que no, aunque había una especie de consenso fáctico. (...) Esas no iban a estar, y dentro de esas que no iban a estar como que los tres grandes que quedaban fuera eran salud mental, salud bucal y salud sexual y reproductiva, digamos, eran como los tres bloques. (Ministro de Salud, 2010-2011)

El entrevistado es gráfico en su descripción de la delimitación de la población a partir de la cual enfocar las prestaciones y del criterio general que argumenta según su punto de vista para tal delimitación. Nuevamente, la desmercantilización de la asistencia de la salud se integra al criterio de definición de la población a cubrir por el PIPSM, lo que va permitiendo tener

claridad de los diversos componentes que se colocan en movimiento para moldear o perfilar el accionar del Estado.

He mencionado en pasajes anteriores, cómo algunas de las personas entrevistadas aluden a la «voluntad política», a la «sensibilización por el tema», al «momento político» a partir de la asunción del Frente Amplio en el gobierno. Con ello, es claro que tanto lo que se gestiona como la forma en que se gestiona en el ámbito de la política pública debe ser comprendido en la interacción de dimensiones diversas en las que entran no solo los elementos sociohistóricos coyunturales, sino también aquellos elementos de los procesos políticos y sociales de larga duración que marcan el devenir de tales coyunturas, y los recorridos de los agentes particulares que los colocan en ese momento y lugar preciso en el proceso de decisión.

¿Qué indican estos analizadores?: «voluntad política», «sensibilización por el tema», «momento político». Desde el análisis de las fuerzas en movimiento en el campo de disputa, una de las lecturas posibles es sobre la correlación de esas fuerzas en condiciones de dominación y legitimidad. Lo político y lo técnico encuentran expresiones en común en el campo burocrático, al mismo tiempo que encuentran correlato en los agentes académicos. Es notorio que en el campo profesional y gremial esa correlación encuentra oposición, sin embargo, esta no goza de una posición dominante.

Otra lectura posible, complementaria de lo que he mencionado anteriormente, es en torno a las particularidades del contexto sociohistórico en el que estos temas comienzan a tomar relevancia para la agenda político-técnica del campo burocrático. La generación de una agenda de reformas a partir de una base ideológico-política de desmercantilización fundamentada en el acceso universal que en el sector salud comienza a quedar fijada a partir de la reforma del sistema de atención en salud, habilita a introducir una perspectiva amplia de generación de prestaciones como garantías al acceso a los servicios de atención de la salud.

Sin embargo, en las especificidades asistenciales ese acceso parece seguir un ideal universalizador más que una concreción. Me refiero a esto, particularmente, como punto de vista para analizar el enfoque poblacional que adquirieron las prestaciones de salud mental en el PIPSM.

Asumiendo que la internación se podía hacer en el sector público; asumiendo que además [en] el decreto aquel del mes, para los menores de 18 años cuando el ingreso de los niños y adolescentes al Fonasa en el 2008 habíamos eliminado esa restricción, solo para los menores de 18 años; bueno, la habíamos eliminado y porque en algún lugar había que poner las prioridades, digamos, ¿no? Y que la prioridad no necesariamente estaba definida por la gravedad de la enfermedad, digamos, o de la patología, sino por el agujero más grande que tenía el sistema, dónde estaba más mercantilizado el sistema. **Porque, en definitiva, el pasaje de las, la reforma de salud básicamente se orientó por el criterio de la desmercantilización del acceso a la salud**, se dejó de pagar cuota mutual para ser fonaseado, digamos, se bajó bastante [el precio de] los tickets y las órdenes, aunque todavía siguen estando, pero se bajó bastante. Incluso, me acuerdo de que en la priorización de tickets y órdenes se priorizaron los que más lo usaban, enfermedades crónicas, ahí había alguna medicación priorizada, gratuita, para salud mental, además de hipertensión y diabetes. Bueno, si ese era el hilo conductor de la reforma, lo que estaba más mercantilizado era la atención aguda, digamos, entonces, lo primero que definimos fue que la prioridad debía ser esa, hacer un catálogo de la obligatoriedad de prestaciones para la psicoterapia o la terapia. (Ministro de Salud, 2010-2011)

Esta cita de la entrevista da cuenta de cómo el campo de la salud se conforma por un espectro bastante más amplio que la dualidad sano/enfermo. Comprenderlo como campo de relaciones sociales, tal como lo señala Samaja (2014), permite identificar la trama de relaciones de dominación.

Habrá siempre, tantas medicinas como intereses subjetivos sociales haya (según las sociedades, las clases sociales, y los agrupamientos de individuos); y (...) no hay ciencia natural de la salud ni ciencia social... Sólo hay construcciones discursivas y rotulaciones, y el único saber crítico posible es el saber que hace posible la *deconstrucción* de esos discursos y rótulos: el ejercicio de una *pesquisa* de su *genealogía* y, eventualmente, de su *denuncia*, detrás de un retorno a un origen perdido para siempre. (Samaja, 2014, p. 34)

La atención a la salud está sujeta a lo que se defina como factible de ser atendido a partir de la economía política, en principio, del sector salud. Ahora, desde este punto de vista la «voluntad política» parece ser uno de los determinantes para instalar no solo la motivación por una política pública en particular, la política de salud, sino, además, ciertos modos de relación social en torno a una definición de a quiénes afecta esa política de salud.

Sin embargo, desde otro punto de vista, se destaca la militancia como determinante para dar un viraje en el establecimiento de otro tipo de relaciones en el campo de la asistencia de la salud mental:

Esto tiene sus raíces, porque me parece que siempre hay que ubicar en la genealogía, en el plan nacional de salud mental que se discute y se aprueba en el año 1986. A la salida de la dictadura hay un llamado desde el ministerio de salud pública y de muchas organizaciones y se reúnen diversos tipos de sectores, de la universidad, sectores gremiales y elaboran un plan nacional de salud mental. Ese plan es como el marco a partir del cual se toma esto. O sea, que no nació, digamos, tampoco de la nada; lo que pasa es que desde el 86 hasta el 2010 se había hecho poco de ese plan. (...) El plan son principios, o sea, desde el punto de vista del gobierno nunca se habían tomado, a no ser a nivel público el tema del trabajo comunitario (...) los equipos de salud mental en el primer nivel de atención en salud. (Director del PSM, 2010-2014)

El momento coyuntural cobra especial interés, así como la confluencia de los agentes involucrados en esferas de decisión que confluyen. Lo describe uno de los entrevistados:

Había mucha, mucha convicción de que la salud mental no podía seguir, este, también la hay de la salud bucal, y sin embargo, no entra, ¿no? Y yo creo que también ahí hay otros temas vinculados; ahí el mercado sí es muy poderoso, pero sí había una cierta convicción de que eso era así, creo que las personas que estuvieron al frente, ... eran muy reconocidos, ¿no? Que tenían esa virtud de ser reconocidos entre los psiquiatras y los psicólogos, que son pocos los que tienen esa virtud, o sea que, a mí me da la impresión de que después ellos regularon por la vía de implementación. (Ministro de Salud, 2010-2011)

El relato de ambos entrevistados retoma distintos momentos del proceso histórico del que han devenido algunos cambios o modificaciones en la asistencia de la salud mental en el país. Estas citas textuales tienen dos aspectos en común: ambos señalan condiciones contextuales para que se den los cambios y sobre relevancia el atender los asuntos de la asistencia de la salud mental, y ambos refieren, con diferente grado de explicitación, a la movilización de agentes que ponen en común las mismas preocupaciones.

Parecería ser entonces que los entrevistados dan cuenta de dimensiones que se ponen en juego básicamente en un campo de relaciones sociales. En este sentido, desde la noción de *campo*, el campo de la salud mental cobra significación como valoración, como adjetivación de situaciones sociales personales o colectivas. En tanto valoración, los agentes que la realizan están determinados por el lugar de sus puntos de vista: «Habrán siempre tantas medicinas como intereses subjetivos sociales haya (según las sociedades, las clases sociales y los agrupamientos de individuos)» (Samaja, 2014, p. 4).

En este sentido, es notoria la legitimidad atribuida a los capitales específicos de los campos académico y profesional. La «trayectoria», en el sentido de la convocatoria, no alude aparentemente al trayecto vivido, sino al trayecto de mérito académico o profesional que permite la validación y la apertura a la puerta principal en el campo académico, la asesoría. Esto lo reafirma, desde una visión compartida, la técnica entrevistada:

Toda gente de trayectoria, toda gente de referencia, (...) de repente alguno de ellos también participaba gremialmente, pero, digo, en realidad vino por su calidad de trayectoria en esto, ¿no?, de profesores, claro, gente que trabajaba hace muchos años en esos temas... Sociedad civil, en realidad el presidente de la Comisión Asesora Técnica Permanente (...) siempre ha estado, siempre ha venido y siempre él participa (...) él caía también en la oposición, con los familiares, en realidad. (Técnica del PSM)

El recurrir al saber especializado, y el otorgamiento de aval y validación a su voz, sus sugerencias y sus alertas, hace que el tema sea tratado por fuera del

contexto que lo determina y moldea. No permite traer a cuenta la experiencia vivida. Desde un punto de vista distinto al que la entrevistada citada anteriormente, se remarca la lectura de contexto como componente para comprender los aspectos más sobresalientes de la asistencia manicomial por excelencia en el país.

Entonces yo, cuando ubico esto de las prestaciones, lo ubico en ese contexto general, que incluye desde la problemática histórica del asilo mental, que es el resultado de toda la política de hecho en salud mental en el Uruguay, y también los temas muy nuevos, las nuevas situaciones que se generan a fines de siglo, donde la salud mental toma un campo muy amplio que antes no tenía. No trata solo los trastornos mentales, sino también de otras afectaciones generales de la vida, de la calidad de vida de la gente. Para nosotros, el gran salto se dio en el 85 y después tuvo ciclos; previo a eso, lo importante desde el punto de vista general, global es que todo lo que tenía que ver con salud mental, subjetividad, etcétera, sufrió un proceso de exclusión histórica. De ahí que la temática del asilo, las psicoterapias, por ejemplo, ingresaron, pero en el sector privado, no ingresaron como derecho general de la población. Y bueno, así se fue caminando, pero hubo pasos muy importantes. (Director del PSM, 2005-2009)

Es sumamente significativo el lugar a partir del cual el entrevistado construye su punto de vista, recupera la dimensión política desde los espacios de organización social y de movilización académica, integrando una lectura sociohistórica por demás elocuente. Esto no está presente en el contenido discursivo de los demás entrevistados, y se entienden en tanto se trata en cualquiera de ellos de agentes que construyen sus perspectivas, sus miradas desde el lugar sociohistórico al partir del cual se integran al campo de la salud mental.

El entrevistado recupera con claridad otras dimensiones que hacen a la noción de salud mental, la cual no queda restringida a la enfermedad mental, sino que remite a «afecciones generales de la vida», expresa. Ahora bien, entender a la salud mental como tránsito vital despliega para la política pública una gama

muy diversa de situaciones a atender y de recursos terapéuticos, institucionales y financieros, también de mayor amplitud.

La ley del 36, que para su tiempo no era una mala ley, justamente estaba dirigida a preservar los derechos del paciente; por eso el inspector del psicópata, los psiquiatras no podían internar por su cuenta, necesitaban dos firmas, una de otro colega, y a su vez el aval del servicio que lo internaba, de modo que, y tenían que comunicar al inspector del psicópata en 48 horas. **Pero claro, esas leyes no pudieron con la situación real que desbordó todo. Hay otra ley muy importante que es la del 48,** la creación del Patronato del Psicópata, que **es también una ley muy avanzada, previa a los movimientos mundiales,** que era, la idea era proteger al paciente y su familia. Pero ese cambio que muestran el talento de alguna gente de aquella época quedó inmovilizado en grupos muy pequeños, no tuvo efecto poderoso sobre el cambio de la mentalidad, el estigma. Recién eso se produce cuando los protagonistas entran, familiares, etcétera, y eso es en un clima político muy propicio, que fue la apertura democrática del 84. Y después vinieron bajones, subidas y se fue avanzando. Yo te quería dar todo este contexto porque si no, si uno mira solo el tema de prestaciones, no ve que esto forma parte. (Director del PSM, 2005-2009)

Es interesante señalar el viraje en los distintos momentos sociohistóricos en los que se va desplegando la conquista de recursos y de lugar político del campo de la salud mental. El entrevistado anteriormente citado resaltaba el movimiento social como parte fundamental en la transformación del modelo asilar y manicomial. La técnica entrevistada da otra mirada del momento más reciente:

Los que lo pensaron fueron los académicos, los técnicos (...) el contenido se lo dieron ellos. En realidad, el Estado lo que hizo fue de repente, decir «bueno, hasta acá lo puedo pagar», «hasta acá lo pago» «pago hasta acá, tanta cantidad, más no podemos pagar, empezamos por estos», pero lo técnico no vino dado desde... (Técnica, PSM)

El Estado aparece escindido en este contenido discursivo; parecería que el juego está dado por agentes sin intereses puestos en la gestión del Estado; a esto se refiere Bourdieu cuando afirma que el Estado se presenta como el representante legítimo el interés universal. Es una visión aparentemente

despolitizada en la que parecería ser que los agentes disponen lo que se debe hacer y el Estado aprueba o desaprueba en función del manejo de los recursos financieros. La cita deja expuesto al poder simbólico del Estado para determinar los objetos de disputa y los límites de estas disputas. El Estado marca los límites –simbólicos- del campo de juego, establece las reglas y determina quiénes jugarán. Lo técnico en la órbita de la política pública no tiene una acción completamente autónoma, sino que es permeada por los parámetros de legitimación institucional y burocrática del Estado.

En tanto campo, la salud mental cobra significados diversos según la dimensión de intereses que abarque y afecte. En una dimensión asistencial, por ejemplo, para algunos agentes serán sus experiencias singulares como usuarios del sistema asistencial la que cobra relevancia y los coloca en un lugar de dependencia del saber especializado. Al mismo tiempo, otros entran en juego en esa relación, desde su lugar como funcionarios técnicos, profesionales, operadores en términos generales, quienes al mismo tiempo se subordinan a otros en posición de empleadores o empresarios del sector salud. La acción del Estado atraviesa cualquiera de tales posiciones, por lo cual las definiciones básicas del campo burocrático para la gestión política de la relación entre los agentes en tales posiciones marcan puntos de partida y recorridos posibles en la disputa por sus intereses.

En el segundo capítulo, he destacado los términos de fundamentación de la reforma del sistema de salud a partir del 2005, en los que se desataca la impronta de desmercantilización de la asistencia de la salud. Esto alude a una matriz de pensamiento ligada a la preservación del acceso al ejercicio de derechos, a partir de la responsabilización del Estado en la generación de garantías universales. Históricamente, puede fijarse como DUDDHH en 1948: la salud ha sido consagrada por los Estados parte de la ONU como un valor social ineludible. Sin embargo, las acciones para la generación de garantías a su ejercicio pleno quedan determinadas a la reinterpretación político-ideológica sobre qué garantías para qué salud. En países como el Uruguay,

donde no ha prevalecido una cultura política en planificación de largo aliento en la conformación de planes de Estado que trasciendan los períodos gubernamentales, como es el caso de Uruguay, los estándares sobre el reconocimiento de derechos y la generación de garantías varían con las reestructuraciones que realiza cada gobierno entrante. Si bien la misma fuerza de los campos configurados en torno a una política la dota de cierta estabilidad con resistencia a los cambios posibles, esto no asegura necesariamente continuidades de largo aliento en las condiciones de ejecución de la política social particularmente.

¿Por qué ligar el derecho a la salud a la política social en términos genéricos? En el tercer capítulo de este documento hice hincapié en las determinaciones sociales, políticas y económicas que afectan a la salud mental como campo de intervención. No es posible articular una perspectiva de derechos humanos desconociendo estas múltiples determinaciones. La misma ONU establece determinantes sociales de la salud como parámetros a considerar para evaluar la vulneración de la salud cuando estos determinantes afectan de forma negativa.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países, en lo que respecta a la situación sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2020).

El Estado, como garante del efectivo acceso al ejercicio de derechos y como agente principal en el diseño de la política pública, coloca en tensión este papel de responsable y garante, con sus decisiones presupuestales. Nuevamente quién dentro y quién fuera de la política pública.

[Las] decisiones que hubo que tomar, prácticamente no tienen nada de decisiones técnicas, son todas decisiones de economía política. O sea, una vez que el gobierno decidió hacer la reforma de salud, que acordó con el Ministerio de Economía y Finanzas que iba a ser una prioridad presupuestal, digamos, ¿no?, una vez que todo eso estaba, este, fijate que el costo de la reforma de salud, ponele, que fueron, 300-400 millones de dólares, sin contar lo que se puso en ASSE, ¿no?, de la etapa, y el costo total de la reforma andaba en 2-3 puntos de producto, o sea, eso eran como mil y pico de millones. O sea que, efectivamente hubo que tomar decisiones de dónde priorizar: la decisión de por qué ingresaron primero los niños y adolescentes y no los jubilados, que eran los dos grandes colectivos, digamos. Porque después había profesionales, cuentapropistas, había otra cantidad. La decisión grande era uno u otro, y uno entró en el 2008 y otro entró desde el 2011 al 2016. Además del impacto que podía tener económicamente el colectivo jubilados, porque al pagar por edad y sexo es un colectivo muy caro. Fue una decisión política de que la sociedad estaba esperando una mejor atención para esos niños y adolescentes, y esa decisión influyó mucho en que la reforma fuera bien vista... (Ministro de Salud, 2010-2011)

Retomo precisamente la última expresión de esta cita textual, «que la reforma fuera bien vista»: condensa el sentido del Estado, la institucionalidad de las apariencias en el ejercicio de relaciones de dominación a partir de la violencia simbólica.

Si el Estado está capacitado para ejercer una violencia simbólica es porque se encarna a la vez en la objetividad bajo la forma de estructuras y mecanismos específicos y también en la «subjetividad» o, si se quiere, en los cerebros, bajo la forma de estructuras mentales, de categorías de percepción y de pensamiento. Al realizarse en estructuras sociales y en estructuras mentales adaptadas a esas estructuras, la institución instituida hace olvidar que es la resultante de una larga serie de actos de institución, y se presenta con todas las apariencias de lo natural (Bourdieu, 1993, p. 50).

La naturalización de la selección poblacional para la política pública parecería ser uno de los momentos que es posible ilustrar con este registro analítico y comprensivo de Bourdieu. La definición de una población objetivo para la

planificación de la política pública puede pensarse desde puntos de vista operativos como algo necesario, responsable y coherente en la distribución y redistribución de los dineros que gestiona el Estado. Sin embargo ¿a partir de qué sobreentendido acordamos, aceptamos o avalamos tal criterio de selección? El engranaje de institucionalización tras institucionalización de cada acto de violencia simbólica reafirma la adaptación de estructuras mentales acordes a la estructura social.

Agrega el mismo entrevistado:

Entonces tiene mucho de coordinar política, y yo creo que lo de la salud mental está muy influido por ello. Y creo que ahí otra vez tuvimos la virtud de proponer el ingreso por algo que podía ser, si lo mirabas en prioridades asistenciales, no la urgencia... Fuimos a algo que era sentido en la cotidianeidad... (...) Cuando arrancamos, siempre me acuerdo las altas expectativas que teníamos, digamos, ¿no?, en relación a lo que hicimos finalmente, que fue, yo entiendo que en salud fue el lugar donde más se hizo en el período, pero, y **una de las expectativas (...) era la desmanicomialización. (...) Y nosotros no solo no lo hicimos, sino que fortalecimos esa área, en el primer gobierno te estoy diciendo, ya en el segundo hicimos algunas acciones de reducir, pero la primera, nosotros fortalecimos esa área porque la verdad era tal desastre.** (Ministro de Salud, 2010-2011)

Las expectativas no saldadas parecen ser parte del mismo engranaje, no parecen armonizar con el margen de maniobra del que dispone el campo burocrático. «Deshacer por decreto lo que el Estado había hecho por decreto», señala Bourdieu (1993, p. 50), al analizar las modificaciones que el Estado se va autoimponiendo. Al mismo tiempo, se encuentra con limitaciones para esta transformación también decretadas por él. El proceso de desmanicomialización requiere de modificaciones a nivel político y burocrático que se ven limitadas por transformaciones aún más profundas en el orden de lo social y lo cultural. Parece ilustrarse, por ejemplo, en la valoración de otra de las entrevistadas sobre las prestaciones y el contexto para su aplicabilidad. Resalta la asimetría entre las profesiones involucradas en las prestaciones en cuestión:

tengamos en cuenta que quiénes toman las decisiones son médicos, y tengamos en cuenta que las prestaciones generan, clinc, clinc, clinc. Cuanto más das, más guita te va a dar el ministerio, pero vos, para encanutar más, le vas a pagar menos, y vas a tratar de ahorrar en todo lo posible. **Si por ocho niños, vos le pagas a un psicólogo te ahorras el sueldo del otro psicólogo.** Y hay mutualistas que, si después de los seis meses que se termine, le correspondió las 24, se terminó y debe continuar y la mutualista no lo autoriza, digamos, bueno, le permite al psicólogo que siga [con el paciente en su clínica privada] porque, digamos, **¿cuál es el mal menor?**, el mal menor es no cambiar de terapeuta. (Docente -A-, Facultad de Psicología)

Este señalamiento permite identificar lo complejo del proceso de negociación. Algo que también describe otro de los entrevistados. Es de destacar su referencia a los énfasis en la modalidad de trabajo, en virtud de su experiencia como psicólogo, precisamente por qué la implementación de una modalidad de trabajo u otra:

A partir de que se aprobó esto, nosotros empezamos; teníamos reuniones periódicas con los encargados, se creó algo que no existía, que era encargados en salud mental de cada institución. Nosotros teníamos reuniones con ellos, justamente para, bueno, para acercarnos, para ver cómo funcionaba y para generar estrategias de acercamiento a la población (...) **Una de las cosas que me parece que más funciona es que, en general, las personas tienen como un vínculo, como nosotros llamamos transferencial, bueno, un vínculo afectivo fuerte con el médico (...) los niños con los pediatras, las personas adultas con el médico, entonces es a partir de ahí que se va generando la demanda.** Nosotros planteamos eso, pero eso tuvo mucha resistencia, poder trabajar con esos sectores (...), **resistencias hubo muchas. Yo creo que lo que tuvo mucha resistencia también fue la parte grupal, o sea generar espacios grupales tuvo muchísima resistencia y no pudimos (...)** Te decían desde los prestadores: **«No, pero la gente no quiere, no les gustan los grupos, no se anotan, no les interesa»** o sea, estaba puesto en el usuario, ¿no?, o sea, bueno, ellos supuestamente cumplían. Pero me parece que tiene que ver con esto, como que hay, sí, hay una resistencia que viene desde los dos lados, o sea, como que hay algo de que no hay una confianza y una experiencia en los espacios grupales. (Director del PSM, 2010-2014)

El planteo parece situarse en el punto de definición de qué atender en función de hacia quiénes está dirigida la prestación y de cuáles son los intereses de

quien presta la atención. El entrevistado, por una parte, plantea su punto de vista desde su lugar de profesional de la psicología, mientras que lo que relata como resistencia, remite al punto de vista de empresarios, de prestadores de la salud en el ámbito privado.

Ahora, es sumamente interesante lo que introduce otro de los entrevistados, que afirma la necesidad de comprender el proceso de atención de la salud mental en un marco más amplio y determinante, que tiene vinculación con la integridad de la persona:

Muchos temas de salud mental no se resuelven en el contexto interno de las profesiones de salud mental, sino que se resuelven en una situación más general de derechos humanos. (...) por ejemplo, el tema de los trastornos de género, la homosexualidad, ese tema era un tema de la psiquiatría, tratada médicamente, no logra avanzar mucho, salvo transformar al paciente de delincuente en enfermo, pero en realidad, **el gran cambio se da cuando los movimientos de gente implicada en esa problemática salen y ahí casi la salud mental no juega, [sino] un cambio cultural y de la ruptura de los mecanismos de exclusión estatales y de la propia sociedad, la ideología de la sociedad.** Entonces, el gran tema en salud mental era ese, es un factor, ¿ves?, de exclusión, porque vos con ese sistema, ahí queda excluida gran parte. (Director del PSM, 2005-2009)

La representación de la enfermedad, tal como lo he desarrollado en el tercer capítulo, es una lectura lineal de lo que se denomina «desorden» real, del tipo físico (Samaja, 2014), posible de realizar a partir de los modelos y capacidades individuales para adquirir sentido. Según el señalamiento de Samaja, la constitución del sujeto social hace que esas lecturas lineales o directas sean instituidas socialmente, por lo cual se exceden individualmente y se producen y reproducen colectivamente.

Conforme ascendamos en los estratos de la realidad, esas capacidades semióticas irán siendo cada vez más ricas, pero nunca dejarán de ser eso: «lecturas» hechas desde el interior del sujeto viviente. Consecuentemente, si el sujeto viviente del que se trata ha llegado a configurarse como sistema social, como en el ser humano, entonces las lecturas de lo que sea «orden o desorden» serán lecturas *socialmente instituidas*. Esto no quiere decir que

las capacidades semióticas han desaparecido, sino solo que se han resignificado. Pensemos, por ejemplo, en el dolor, que es una representación sumamente arcaica de problemas de salud: el dolor sigue existiendo como vía representacional, pero en el hombre adquiere nuevos sentidos, según la cultura, la filosofía y los saberes médico-profesionales. (Samaja, 2014, p. 72-73)

En este sentido, la reconfiguración de los abordajes de la salud mental en términos multidimensionales es un asunto de tensión por la misma dinámica de la transformación de marcos representacionales universales. La delimitación de la salud mental como ámbito propiamente médico-psiquiátrico encuentra obstáculos para su reproducción, en la medida que comienzan a emerger representaciones ligadas a la salud mental que comprometen otras esferas de la vida social que requieren intervenir en especificidades que trascienden al conocimiento médicopsiquiátrico.

Y ahí aparecen los temas de los derechos; para este movimiento en salud mental, era central transformar esas propuestas psicoterapéuticas en la medida que pudiéramos con ese personal, porque era el que nos iba a ayudar a hacerlo, en un derecho a la salud. Que se pudiera hacer en los servicios de salud, que se incorporara a esas técnicas a los servicios de salud. Este, eso, **una cosa es decirlo, otra es hacerlo, eso supone un cambio de mentalidad muy grande en materia de psicoterapia,** porque **una cosa es atender tu paciente acá, en este consultorio, vos sos responsable,** supervisaras, ta. **Pero si lo hacés en un sistema de salud, las cosas cambian totalmente, porque el sistema de salud te va a exigir que digas qué le haces, cuánto le haces, cómo le haces, qué resultados tiene.** Ahí vamos a la epidemiología del servicio, qué resultados tienen las cosas que hacen. El tema en psicoterapia era cómo, y sigue siendo, cómo transformar eso, que nosotros, está probado científicamente, desde el punto de vista humano, los resultados y la herramienta fundamental es en salud, incorporarlos al sistema de salud y hacer de eso una prestación, que sea financiado colectivamente, y donde la gente pueda acceder, ese era el tema. (Director del PSM, 2005-2009)

Este planteo, realizado por uno de los exdirectores en el período de discusión de las prestaciones de salud mental para su incorporación en el sistema de asistencia de la salud, introduce un aspecto más a considerar: el lugar que ocupa la asignación de recursos. Y en este sentido, la asignación de recursos

para el acceso a prestaciones de salud mental en un sistema de acceso universal requiere jerarquizar tal asistencia en términos de igualdad y equidad.

La asignación intersectorial de recursos es el reflejo inmediato de las prácticas gubernamentales y tiene profundas consecuencias sociales sobre el conjunto de la población, que se traducen en frecuentes e intensos conflictos políticos, pues afectan intereses ligados a las actividades sectoriales. Cuando el objeto de debate es el sector salud, su significación adquiere una connotación especial debido a las implicaciones directas para las personas, en especial los grupos menos favorecidos de la población (Testa, 2009, p. 127).

El entrevistado es elocuente señalando las limitaciones de la práctica asistencial en el marco de los criterios y parámetros generales de actuación de un organismo con dependencia gubernamental directa. En cambio, un marco con un grado distinto de autonomía en la gestión, de dependencia menos directa del campo burocrático, dio posibilidades de otro tipo de ensayos para la implementación de prestaciones similares, antecedente para el actual PIPSM. Su relato refiere al Hospital de Clínicas de la UdelaR:

Esa fue la obsesión, diríamos, del programa del Clínicas, que fue el primero que se abrió y ahí la idea era, primero, crear, digo, superar las dificultades que espontáneamente no iba a superar nunca el sistema de cuidados, que **era ofrecer técnicas, de alcance universal, para las distintas variedades de problemáticas aparecidas**. Segundo, no seguir trabajando separadamente, las escuelas de acá de psicoterapia, se miraban de reojo. Y, o sea, hacerlas trabajar conjuntamente; por eso, el programa del Clínicas no hace discriminación, incluye todas las técnicas que tenían gente para aportar. Algunas no estaban porque no había personal. Y el tercer punto que era clave, era desarrollar la investigación en psicoterapia. La investigación en psicoterapia, viste que la investigación es una palabra que adorna, muy de moda, pero hay alguna investigación que es imprescindible, que es que vos digas qué pasa con la gente que vos tratás en el programa. Esa es inevitable, no puede haber un servicio que diga «yo no sé cuántas mujeres, cuántos hombres, a qué edad, con qué diagnóstico, y qué les pasó ahora después» Eso, las escuelas privadas, no dan cuenta de eso. Si vos vas, si me preguntas a mí como miembro de la

Asociación Psicoanalítica, qué pasó con mis pacientes, yo no te puedo dar cuenta, salvo anécdotas, de qué pasó. Pero vos necesitás una cosa más fuerte que, entonces uno de los elementos era incorporar la investigación epidemiológica a los servicios de salud terapéuticos. Es el conjunto de análisis crítico para superar y ampliar, y ahí es que se genera sobre esa base, el programa del Clínicas. (Director del PSM, 2005-2009)

Este relato permite identificar la gestión de las tensiones de los agentes profesionales en virtud de una definición en común sobre en qué y para quiénes dirigir la prestación. Esta tensión parece estar dada en un contexto de agentes con intereses en común, aunque con énfasis distintos en sus puntos de partida, como lo son las perspectivas psicoterapéuticas. La decisión de integrar, aceptar todas las perspectivas, permite mantener una tensión que posibilita la convivencia, aun con énfasis distintos en las intervenciones técnicas y el avance del programa de asistencia.

Y nosotros, ahí con el conjunto, aprendimos mucho, que no era cuestión de replicar la práctica hecha en el consultorio, meterla, porque era imposible. Parte de eso está pasando en el programa de prestaciones, por un tema de inercia, **sino construir una cosa nueva, que tenía que ser un servicio de psicoterapia, ¿no?** Que tiene, para nosotros tiene tres componentes básicos: la propia psicoterapia, que puede ser grupal, bueno, todas las formas, el ateneo, que para nosotros es clave, que es la asamblea de todos los técnicos del servicio, donde discuten las situaciones que se van generando, de modo de que nadie quede aislado con su paciente, sino que dé cuenta al colectivo y el colectivo. Y lo otro, la supervisión, que en realidad nosotros la llamábamos *interconsulta*, en vez de supervisión, que tiene una cosa muy vertical. Y entonces, trabaja una persona con experiencia, con un grupo de gente, con sus casos, etcétera. O sea que, para nosotros, el diseño tiene que incluir esas tres cosas, y una *ad hoc*, independiente es la investigación de lo que se está haciendo, pero no hecha por el conjunto, porque además los abrumaría, sino por un tercero que diga, bueno, el paciente llegó así, el terapeuta pensó esto, la psiquiatra tal cosa, y nosotros medimos qué está pasando en el proceso, ¿no? Entonces, damos cuenta de cuáles son las mejores técnicas. (Director del PSM, 2005-2009)

Este aspecto en torno a la producción de conocimiento respecto a las prácticas clínicas al que refiere el entrevistado es un elemento de consideración en términos del despliegue de recursos de los agentes que disputan en el campo

académico, para su legitimación, incluso, en otros campos donde se ponen en juego sus intereses. Las características del abordaje que se describe en la cita ilustran una perspectiva particular en la comprensión de la demanda, del problema en el que intervenir y en las estrategias de intervención. También denota, junto a la cita que sigue, una lectura política en particular respecto a la práctica clínica y su resonancia en el campo burocrático:

Porque eso en algún momento va a ser crucial. Porque cuando un sistema de salud es financiado colectivamente, como es este, se tiene que exigir saber qué es lo que está haciendo con eso (...) Las prestaciones esas tienen algunas cosas que, digo, es un hecho, este, política y culturalmente de una trascendencia brutal, porque es centro de conocimiento, por el Estado, por el sistema de salud, que los uruguayos tienen derecho a la atención en psicoterapia. **Porque a veces hay cosas en los cambios, donde, aunque no sean cambios que estén muy afinados, el gesto tiene un efecto brutal, y ahí lo central de ese decreto, yo siempre voy a ponderar, es el gesto uruguayo de meter eso. Porque ahí, ahora nadie puede discutir, yo en la discusión yo no tengo por qué decir «pero ¿y por qué privado, por qué público?».** No señor, esto, es un derecho, y nadie, es un paso cultural imposible. En otros países del mundo no es así, en otros países del mundo sigue siendo un lujo de los que pueden. Pero acá esto está cuestionado y está resuelto en el sentido de que debe ser una prestación pública. (Director del PSM, 2005-2009)

El contexto de trabajo en el Hospital de Clínicas, dependiente de la UdelaR, parecería tener menos implicación de intereses del campo burocrático en término de distribución de recursos y menor necesidad de negociación con otra variedad de agentes. La cita que sigue deja en claro la distancia entre criterios, lo que sigue siendo marcado por trayectorias diversas que permiten generar puntos de vista también disímiles y campos en intersección también distintos.

Este, y bueno, después tuvimos una etapa, después de esa etapa como más técnica, **tuvimos una etapa de trabajo con Economía de la Salud, donde en realidad fue la etapa más difícil, porque fue, dentro de las más difíciles, porque fue la parte donde teníamos que decir, estimar... ajustar números y estimar demanda,** y en realidad no había antecedentes en el país; entonces, era como muy difícil decir cuántas personas consultarían, de cuánta gente estamos hablando. Una de las cosas fue

como priorizar algunas poblaciones, se decidió que algunas, **que no iban a poder entrar todos**, que no se iba a poder dar qué. Lo ideal, en realidad, y hacia donde tiene que ir, y que todavía no se ha logrado es hacia el acceso universal, que todo el que lo requiera lo tenga. Eso no se ha podido lograr todavía y supuestamente esto iba a ser gradual y en realidad por ahora, quedamos ahí... Entonces se dijo, bueno, está bien, como ha sido también en el SNIS, han ido entrando distintas poblaciones para ir organizando un poco la atención, bueno, cuáles van a ser las poblaciones priorizadas. **Y ahí se priorizó, sobre todo énfasis en la prevención, lo que son niños, adolescentes, jóvenes de hasta 25 años. Después se priorizaron algunas poblaciones concretas de multiplicadores de salud, que se consideraba que eran docentes y trabajadores de la salud, y algunas problemáticas de salud mental, como algunos trastornos más severos, concretamente, que eran como los más desfavorecidos.** (Técnica del PSM)

Un componente más que se pone en juego, en término de los énfasis de las perspectivas de abordaje y de concepción de la política asistencial, es el punto epidemiológico de partida. De qué, porqué y cómo enferma la población son postulados que subyacen a la delimitación de los temas definidos como prioritarios, a la población involucrada en esos temas y a las modalidades de su tratamiento.

Entonces, **cuando se delimitó que esas iban a ser las poblaciones, se empezaron a ver las prevalencias primero**, que ta, datos nacionales no tenemos casi nada, eso es otro gran problema que tenemos de epidemiología. Entonces empezamos a **mirar, bueno, las estadísticas internacionales, qué hay en relación a eso, y, bueno, a ver otras experiencias de las consultas que tenían ese tipo de poblaciones, lo que podía llegar a consultar o, bueno, era todo muy todavía, todo muy hipotético**, porque en realidad era, también había que te muestran las investigaciones, de que, bueno, una cosa en que en realidad las personas consulten y otra es que mantengan, no es lo mismo. Entonces también eso te cambiaba, digo, para hacer estimación de costos porque, bueno, en realidad nosotros **trabajábamos con Economía de la Salud, que es la que nos pedía todos estos datos para que ellos siguieran negociando con el Ministerio de Economía, para lo cual necesitaban datos más precisos, bueno, cuanta gente, cuánta plata, cuál va a ser el aumento de la cápita**, cómo va a ser. Hubo reuniones que venía acá el Ministerio de Economía y se sentó a trabajar sobre esto, y en realidad, esa fue como la fase de ir delimitando eso y después también en el medio del proceso están las reuniones con los prestadores, y las negociaciones ahí con los prestadores, que ahí yo no participé en

realidad, pero bueno, había reuniones, algunas bastante tensas, como tuve conocimiento, donde venían con el ministro a meterle la pesada, y bueno. **Y había presiones, había presiones fuertes de diferentes cosas porque, bueno, todo lo que genera un aumento, gasto y los miedos también, tenían miedo, los prestadores muchas veces, como que había una fantasía de que la gente, de que iban a abrir eso e iba a ser una canilla que no sabían ni dónde terminaba y que se iba a desbordar de gente pidiendo psicoterapia.** (Técnica del PSM)

Parece mantenerse un estado de tensión que no termina siendo resuelto, aún en la culminación de su diseño en el marco de un campo burocrático con pujas internas entre sus agentes y en virtud de sus intereses, y dadas las posiciones de cada uno en ese campo. Algunos señalamientos vinculados a las etapas planificadas para la implementación de las prestaciones lo ilustran:

Porque incluso hasta ahora, la rehabilitación la tenemos en pañales (...) En muchos lados la rehabilitación de un paciente en salud mental es hacer una manualidad o un taller. (...) Hay gente que ha tenido una crisis a los veinte y pico de años, ya estaba en facultad y eso no lo pierden, simplemente que tienen otros síntomas que a veces no les permiten integrarse a un trabajo de la forma normal que trabaja otra persona, de repente no resisten estar 8 horas o tienen alguna otra particularidad, pero pueden hacer una cantidad de cosas. (...) Uno ve que a veces una persona, cuando se recupera de la crisis, y está compensada, el médico le da de alta, en general los buenos médicos y los más preparados, digamos así, le sugieren que haga una rehabilitación, pero no en todos lados pasa eso, y la rehabilitación es persona a persona, cada caso es diferente, es totalmente diferente, y los límites no existen, es decir, buscando las características de cada uno. (Director, PSM, 2010-2014)

El campo de producción del plan de prestaciones en cuestión, el PIPSM, reúne una diversidad de intereses que manifiestan al mismo tiempo la expresión de intereses personales de quienes han sido consultados o de quienes han ejercido lugares de autoridad a partir de su inserción política y técnica en el campo burocrático, y la expresión de determinaciones de los campos subyacentes, las cuales trascienden y afectan al mismo tiempo a los agentes particulares. Esto parece otorgar cierta heterogeneidad al contenido de las prestaciones y la forma de interpretación de tal contenido según los puntos de vista de los agentes en juego. Estas formas o estos modos de interpretación

dan lugar a las disputas respecto de cómo se configura el marco de definición sobre el qué y cómo pensar la atención de la salud mental en el marco de dispositivos institucionalizados y pautados por los acuerdos de prestadores no gubernamentales.

b) Disputas por el reconocimiento y la validación de los capitales acumulados

Del recorrido realizado hasta ahora bajo la noción de salud mental como campo de fuerzas en tensión, es posible precisamente considerar que la salud mental puede ser pensada y vivida según cómo cada agente ocupe ese campo. Por una parte, el entramado de procesos vitales y relaciones sociales que conforma a la salud mental está ligado claramente a la dimensión singular y a la dimensión colectiva de la vida de cada persona; una dimensión biológica, una dimensión afectiva, social, política, económica e ideológica. Por otra parte, y al mismo tiempo, la salud mental como campo de fuerzas reúne intereses determinados por los espacios de producción y reproducción de la vida material concreta.

En este sentido, los agentes que confluyen podrán compartir intereses y otros serán contrapuestos; otros intereses con seguridad no cobren relevancia para algunos agentes. Anteriormente, a partir de las entrevistas citadas se ha venido introduciendo la dimensión pública y privada en el acceso a las prestaciones y en los énfasis sobre esto que han venido colocando los distintos agentes en relación en el proceso de atención que se desplegaría a partir del PIPSM. El entonces ministro actuante señala:

Ah, no, perdón, y la otra cosa que me olvidé: **otra discusión que se dio fue cuáles eran los profesionales que podían dar esta prestación. Porque, claro, cuando uno hacía los costos encontraba que iba al grupo 15 de la Federación Uruguaya de la Salud y del SMU y al laudo de un psicólogo, no me acuerdo ahora, pero era del orden de los 18.000 pesos mensuales, lo**

que daba ciento y algo la hora, y al lado de los psiquiatras era como 800 la hora. Entonces, como la propuesta era que era indistinto ser psicólogo, psiquiatra, para integrar el comité de recepción, cuál era el costo que nosotros poníamos al hacer la cápita, 180 u 800, digamos, ¿no? Básicamente lo hicimos con el costo del psicólogo, porque sabíamos que era la forma de, que iban a contratar, pero esa discusión fue bastante intensa, digamos, Nosotros defendimos mucho la psicología... [el Director del programa de salud mental de ese momento] era psiquiatra, siempre fue un gran defensor de la psicología... **Esa economía política hizo que habláramos mucho con muchos sectores,** digamos, llamamos a los directores técnicos, fuimos a FUPSI, nos reunimos con la Coordinadora de Psicólogos, nos reunimos con los psiquiatras, hicimos mucho trabajo de campo, digamos, para ir limando asperezas. (Ministro de Salud, 2010-2011)

Surgen aquí disputas por la inserción en un campo profesional que parece reconfigurarse, al menos representacionalmente, en términos de lo que el ejercicio de la clínica privada y la clínica mediados por prestadores de salud parecería promover como imaginarios.

Aquí se dio una discusión; la FUPSI, por ejemplo, reclamaba que se tuviera el título de psicoterapeuta para hacerlo, y bueno, ahí nosotros no tuvimos una postura unánime sobre eso, y lo que nos terminó decidiendo a no exigirlo por 4 años, está por vencer ahora, fue que, que todos los diplomas de psicoterapeuta eran pagos. Entonces, de alguna manera estabas poniendo una restricción que limitaba, digamos, a quienes no hubieran podido pagar. Ahí, el Decano de Psicología nos dijo que ellos estaban iniciando una [formación en psicoterapia], por eso pusimos eso de los 4 años. Pero eso en ellos estaba muy firme, defendiendo que un psicólogo salido de la facultad, con psicología pura, sin hacer ese diploma no tenía condiciones de hacer psicoterapia y otros psicólogos te decían que sí, bueno, en fin... Esa discusión la dimos y la saltamos por esto de los plazos, digamos. (Ministro de Salud, 2010-2011)

Parece ponerse en juego la disputa por el reconocimiento de la trayectoria, su certificación y por la imposición de nuevas reglas de juego a partir de la exigencia formativa en la especificidad de la psicoterapia como prestación de alcance público. La trayectoria parece obtener valor como posición de privilegio más que reconocimiento de saberes (Bourdieu, 1997) en tanto limita la posibilidad de ser reconocido en tal saber a quien no lo certifica.

Al mismo tiempo, parece entrar en juego el valor de mercado en torno a este reconocimiento y certificación de trayectorias que entra en puja.

Yo creo que obstáculos fuertes casi no hubo, porque era muy difícil oponerse a un reclamo de colectivizar el acceso a la salud mental, sacarlo del terreno de la medicina privada. Los obstáculos vinieron mucho más por la vía de los hechos, porque efectivamente esto es un cambio en las condiciones del mercado. **Me acuerdo de que la Coordinadora de Psicólogos decía que se iban a quedar sin trabajo**, bueno, no sé, no la coordinadora, varios de la coordinadora. Nosotros les decíamos que era al revés, iba a haber mucho más trabajo, cosa que realmente sucedió. Es probable que se haya democratizado el acceso al trabajo, porque si no, tengo una hija psicóloga que trabaja en una de las mutualistas y, en general, por lo que ella me cuenta, la mayoría de los que trabajan en este terreno son todos psicólogos jóvenes, digamos, porque realmente las remuneraciones son bastante bajas y el trabajo es bastante intenso, digamos, ¿no? Pueden atender 8 o 10 personas, adolescentes, si te toca adolescencia como en el caso de mi hija, en un día, digamos, ¿no? Entonces, es un trabajo, pero eso pasa en todas las profesiones, ¿no? cuando uno va a las guardias de los fines de semana de los médicos, son los pediatras recién recibidos (Ministro de Salud, 2010-2011)

Un aspecto más es la revisión de los roles o desempeños tradicionales de cada profesión en la reconfiguración del tipo de prestación para la atención de la salud mental. La modalidad clínica del uno a uno —profesional-paciente—, por ejemplo, merece especial atención frente a un PIPSM que incorpora abordajes interdisciplinarios y dispositivos grupales.

Esto de dar una psicoterapia incorporada como derecho a la gente supone un cambio muy grande del estilo de trabajo tradicional en psicoterapia. [Se vincula con] la conciencia de los grupos técnicos. Yo, por ejemplo, vi que ahora, algunos chillan (...) Pero también **el tipo que tiene un cargo debe pensar que no solo está en el cargo por el sueldo, sino que está, si es un tipo que ya está formado, debería luchar para que su trabajo se diera en otras condiciones de calidad, ¿no? Y poner una cierta pasión en él.** Yo creo que eso es lo que uno esperaría que sucediera en los (...) Lo que cobra emocionalmente es brutal. (Director del PSM, 2005-2009)

Los agentes, a partir del reconocimiento de sus trayectorias, requieren al mismo tiempo procesos de transformación que les permita mantenerse en el

ritmo de conquista de espacios de privilegio, por tanto, de validación y legitimidad. La reconfiguración de los espacios de ejercicio de la psicoterapia en este caso parece ser que desplegó en algunos agentes la reivindicación de la trayectoria y su certificación como forma de moldearse a una nueva realidad a partir del PIPSM. Es un juego de consagración y de distinción a la vez entre aquellos que ameritan se *consagrados* y los *recién llegados* al campo, los recién egresados en este caso. Este juego de consagración y de distinción es una lucha por la acumulación del capital simbólico que implica el acto de ser consagrado, de ser reconocido con una denominación que al mismo tiempo se destaca en un status determinado, el reconocimiento y la oficialización de la práctica como *psicoterapeuta*, por ejemplo.

El acto de institución o de constitución es uno de esos actos que parece inútil, insignificante, pero que sin embargo posee una eficacia simbólica específica y fundamental que consiste en transformar el hecho en derecho: lo absurdo, el *datum brutum*, el «es así», el «es de esta forma», en «esto debe ser así». Desde luego, esta operación de constitución, de institución y de consagración, de nominación o de poder de legitimación es a la vez posible porque existen diferencias, pero también porque estas diferencias nunca están del todo constituidas, nunca son del todo indiscutible. (Bourdieu, 2019, pp. 110-111)

Al mismo tiempo, las representaciones en torno al nuevo contexto que plantearían las prestaciones son derivadas a otros espacios de similar implicancia:

Dentro del gremio, tenemos un espacio que es de red de asistencia, que también estaba la fantasía de que se iba a ver perjudicado, y todo lo contrario, porque las personas recurren sí a ese servicio, pero lo que pasa es que, si bien hay muchos colegas que yo conozco que están trabajando a nivel de la asistencia mutua y todo, están restringidos, porque no pueden trabajar más de determinada cantidad de minutos. Por ejemplo, es mucho más claro en el interior: los del interior por un lado trabajan en un régimen que es como unipersonal, como empresa y, por otro lado, como empleado. (Directiva de la CPU)

El ubicar la producción de nuevas representaciones y significaciones en torno a los nuevos marcos de ejercicio de la práctica profesional parecería ser otro

de los elementos sustantivos para avanzar en la comprensión del contenido de las disputas y las formas que adquieren las estrategias de juego.

4.2- ¿Más poder, más ganancia?

Las acciones que se suceden en el campo de disputa se orientan no solo en razón del poder que se ostenta, sino del que se conquista y del que no se pierde en el proceso de disputa y negociación. La ganancia no siempre es valorada por los agentes en términos de lo que se adquiere, sino también de lo que se mantiene, del capital que no se pierde. En este sentido, en el campo que nos ocupa, la pérdida y ganancia en términos de plasmar los intereses en juego por cada agente en el PIPSM diseñado adquiere sentidos diversos, según el campo de origen de cada uno de ellos. Cada política pública es parte de un engranaje de intereses que trascienden ampliamente a la política de la que se trate particularmente, por lo cual el tener en cuenta los movimientos que en el sistema político y económico se producen ante los intentos de reforma de la asistencia de la salud mental, en este caso, es sustancial para el logro de los fines.

En el campo de intersección entre el diseño de política pública y la asistencia de la salud mental, son múltiples los intereses que mueven a cada agente. Desde los ámbitos gubernamentales, las modificaciones institucionales y burocráticas, y los recursos financieros son un punto álgido en la disputa. Al mismo tiempo, esto lleva a que estos agentes realicen delimitaciones definicionales, como ya quedó señalado en los puntos anteriores. Entender qué se tomará como salud mental y a quiénes afectará es una definición sustantiva a la hora de disponer tales recursos. Al mismo tiempo, se entrecruzan intereses de otro tenor a partir de otros agentes; un ejemplo son los agentes de los campos profesional, gremial y académico. Qué se entenderá por psicoterapia es definir de forma directa a quiénes y desde qué posiciones

afectará esta definición conceptual y política. Es un movimiento de *statu quo*, en definitiva, el que pone en alerta a cada agente que se encuentra en posición de verse afectado por la reforma del campo asistencial

El Estado, a través de sus dependencias gubernamentales, interviene al mismo tiempo de un lado y otro de la disputa. Por su parte, el MSP procura una propuesta que habilite a la financiación del PIPSM y que obtenga el aval de otro agente central en este punto en particular, el MEF. Al mismo tiempo, agentes no gubernamentales, como los prestadores privados de servicios de salud, también harán lo suyo en términos de plusvalía. Cada agente desarrolla su juego desplegando, en términos de *habitus* y capitales propios, sus estrategias de negociación y convencimiento.

Hicimos un trabajo, esto tuvo mucho de economía política, digamos, ¿no?, **de conversaciones.** Lo primero que hicimos fue, porque en realidad los responsables de salud mental de las mutuales eran aliados naturales nuestros en esto, porque ellos dentro de sus mutuales peleaban por mejorar los recursos para salud mental, mientras que los gerentes de las mutuales... no voy a decir que no eran aliados, pero... Habíamos hecho en el primer contrato de gestión con las mutuales un acuerdo, digamos, de que toda incorporación adicional al PIAS, con las cápitas, debía ser financiada. Entonces, **había que encontrarle el financiamiento. Bueno, ahí el grupo de Economía de la Salud que habíamos conformado en el Ministerio Trabajo en el tema de los costos, lo trabajó con la gente del Ministerio de Economía,** y se llegó a esos 8 pesos [iniciales en 2005], si no me acuerdo mal que eran sobre la cápita, no, de manera plano, además, o sea, la cápita, tú sabes, es una *U*, digamos, que depende la edad y del sexo. Eran 8 pesos adicionales en cada lugar de la *U*, digamos. Y con eso se financiaba un conjunto, esas prestaciones en un número, se había hecho unos cálculos de cuántas personas, cuál era la estimación de personas que podían ir, en fin, algunos cálculos se hicieron. Yo de eso si no tengo información vigente, alguna idea que tengo es que están gastando menos que eso, o sea los costos son menores. (...) En el trabajo administrativo que nosotros habíamos calculado, ellos lo pueden hacer ya con costos que tenían. (...) Esa fue la definición en financiamiento que se tomó, se aprobó con el MEF incorporar este plus, digamos, para la atención de los tres niveles de atención. (Ministro de Salud, 2010-2011)

Otra de las entrevistadas, en su función técnica dentro del PNSM, señala un aspecto de especial interés, «había gente que ya estaba sensibilizada», dice. Esto es, no solo se dirime la disputa por el recurso económico y financiero a ceder y ganar, sino que de fondo el peso también está dado por la voluntad de querer hacerlo, por la sensibilidad que merezca el tema, el interés en juego.

Como que había gente que ya estaba sensibilizada, ya venía trabajando en esa línea, los que estaban a cargo, entonces eso facilitaba mucho más también. (...) **Y también dependía mucho a veces del vínculo que tenga el referente con la directiva de la institución. Eso también, eso es impresionante también como te cambia, porque algunos tienen un apoyo reimportante, y en todas las propuestas que hacen, en muchas cosas y si ellos entienden que la salud mental el área de comisión directiva,** la dirección técnica está involucrada y otros te dicen que no, nada, no tienen ninguna injerencia de nada, que ni siquiera ellos, por ejemplo, conocen a veces los números globales de lo que está pasando con salud mental, o no saben ni lo que se gasta, entonces ese vínculo. Nosotros trabajamos mucho como que, eso fue algo rebueno que después lo tomaron acá en el ministerio, incluso para otras cosas, que se generó esto como de crear como estos referentes en cada institución y ese era nuestro contacto, nuestro interlocutor, que era alguien de salud mental. Entonces nosotros íbamos directamente a él para todo, ¿no? Entonces como que facilitaba nuestro trabajo, ayudaba más a que se involucren, facilitaba el monitoreo, y bueno, hicimos como un trabajo para que lo implementaran también desde ahí, que igual venían acá a las reuniones, las primeras veces y estaban con unas caras que claro era, algunos se quejaban mucho también, psiquiatras, todo «¡pah, pero y esto cómo va a ser, cómo nos piden todo esto!». (Técnica del PSM)

Es significativo lo que menciona el entonces ministro de Salud, una intencionalidad que no se vincula al orden de los intereses gubernamentales clásicos (sean por ejemplo recursos institucionales, burocráticos, financieros). Es una intencionalidad que parece traducir cierta apertura a otros intereses de agentes en vinculación directa con la dirigencia de gobierno, tal como quedó planteado en el primer apartado de este capítulo. El entrevistado menciona:

Tuvimos la intención de desmedicalizar, claramente, no hubo duda de que esa fue nuestra intención. En el resultado yo creo

que hubo si, cierta desmedicalización, una cierta jerarquización del trabajo del psicólogo. La relación con la Coordinadora de Psicólogos no fue sencilla, digamos, fue mucho más sencilla con la Facultad. (...) Tuvimos bastante apoyo de la facultad, no así tanto de la coordinadora, los psiquiatras tuvieron una actitud más bien expectante, no operaron como bloque, ¿no? No operaron más allá de los vínculos que ellos mismos podían tener con [su colega psiquiatra en la dirección del PSM] o el papel de [otro psiquiatra] que en ese momento trabajó bastante con nosotros, o de [otra psiquiatra] que, en su momento, habíamos pensado que podía ser una candidata a la dirección del programa (...) **Al mismo tiempo, jerarquizamos el rol del psicólogo en esa cadena. Yo no creo que el comité de recepción se haya medicalizado,** pero puede ser porque obviamente el comité de recepción funciona con un componente técnico, pero también, digamos, como cualquier dirección técnica, tiene una presión de la institución en la que trabaja, de regular... (Ministro de Salud, 2010-2011)

¿Qué es desmedicalizar? Parece ser que la intencionalidad está orientada por un sentido de la desmedicalización entendida ligada al exceso de profesionales médicos, en este caso, psiquiatras. Sin embargo, la medicalización trasciende ampliamente a la práctica de la medicina, como lo he mencionado en capítulos anteriores. Se trata de una lógica de comprensión y actuación sobre las diversas dimensiones de la vida individual y colectiva. No obstante, siguiendo el proceso de comprensión del contenido discursivo del entrevistado, este manifiesta su intencionalidad de realizar un nuevo ordenamiento en la jerarquización de las prácticas profesionales en torno al diseño de las prestaciones involucradas en el PIPSM. Es interesante cómo el entrevistado construye esta noción, esta idea de desmedicalizar desde su bagaje, desde su historia de vinculación con los temas en los que ocupa su cargo de dirigenciamiento de un ministerio de salud. Su posición social le permite originar ese punto de vista, que cobra validez al comprenderlo precisamente a partir de la posición social desde la cual lo origina.

Por su parte, otro de los agentes origina otro punto de vista al respecto:

Eso se hizo en esa transacción entre lo económico, financiero y lo que nosotros sabemos. Entonces, se puso como plazos en ado-

lescentes, jóvenes y adultos, en las poblaciones de adultos la posibilidad, 48 sesiones era el máximo, que se calculó una vez por semana, un año, que claro que eso también, bueno la Coordinadora de Psicólogos lo discutía, si por ponerle plazos... en las patologías crónicas, se podía aumentar hasta 2 años más. (...) La psicoterapia, yo que trabajo en esto hace mucho, justamente es la gran diferencia, por lo menos en la línea psicoanalítica que yo estoy y que es la que predomina en el Uruguay, o sea, en la medicina, bueno incluso en la psiquiatría, no hablemos de la medicina, hablemos de la psiquiatría, o sea, la persona va a consultar y el psiquiatra le dice «usted tome esto o lo otro» es con la lógica de la medicina, o sea, el sujeto es pasivo, solamente tiene que recibir lo que le dice el psiquiatra y cumplir. En cambio, **en la psicoterapia el activo es el sujeto, se cambia la lógica, entonces, me parece que, si la persona no tiene el deseo y después también el esfuerzo, no funciona, o sea, no es ir ahí a sentarte y que te digan «bueno, mire, usted tome esto, tome lo otro y váyase»** Eso cambia mucho, porque vos podés tener angustia, depresión, podés sufrir cualquier problema, pero después no querer tratarte. (Director del PSM, 2010-2014)

La trayectoria de formación, de vinculación con el campo asistencial de este agente, psicólogo de formación, le proporciona en el ejercicio de su función de director del PNSM otro punto de vista que jerarquiza la finalidad de la prestación en términos de qué y cómo atender. Lo singular de esto es el identificar cómo agentes que comparten cierta posición social a partir de los cargos que ocupan —uno ministro de salud, el otro director del PNSM— se ven impregnados por determinaciones de sus *habitus* y capitales originados en otros recorridos. Ambos, al mismo tiempo, pertenecieron al campo académico, aunque con recorridos y perfilamientos distintos (uno formándose en la psicología como disciplina y el otro en la economía) que hacen que sus puntos de vista se nutran de componentes disímiles para conformar su visión sobre el mismo punto en cuestión.

Por su parte, la técnica entrevistada destaca algunos de los términos de negociación en este mismo sentido del contenido que se les otorga a las modalidades de abordaje en la atención de la salud mental.

Tuvo algunos problemas, pero fruto de negociaciones también, por ejemplo, lo que es rehabilitación. Ninguno de los que

estaba participando creía que con eso estabas haciendo una buena propuesta de rehabilitación, ¿no? Porque la rehabilitación requiere mucho más de lo que quedó acá, pero bueno, fue una negociación, ahí sí fue temas económicos... Entonces, en ese momento (...) **no se les podía exigir a los prestadores**, se entendió acá en las secretarías ministeriales que **era como tensar mucho la cuerda**, ya pedir centros de rehabilitación. (...) No se podía plantear que tuviera la rehabilitación completa, integral en ese momento, como que había que ir por pasos. Entonces, el programa entendía siempre (...) que era un primer camino, que se estaba pudiendo dar un paso muy importante, histórico, y bueno, sí, que no conformaba a todo el mundo, que no accedían todas las personas. (Técnica del PSM)

La descripción que realiza la entrevistada sobre el contenido que termina adquiriendo el plan de prestaciones en sí mismo, el rezagar en este caso que describe, las prestaciones ligadas a la «rehabilitación», dibuja con claridad el papel del Estado en la escena de negociación de estas prestaciones que se desarrolla en el escenario del campo burocrático. La «mano derecha» y la «mano izquierda» del Estado para el despliegue de su estrategia de negociación según trate con lo que puede distinguirse como la *alta y la baja nobleza*. (Bourdieu, 1997)

En el período En el período contemporáneo, el campo burocrático se ve atravesado por dos luchas intestinas. La primera opone la «nobleza estatal más alta» —la de los políticos que promueven reformas orientadas al mercado— y la «nobleza estatal más baja», la de los ejecutores ligados a las misiones tradicionales del gobierno. La segunda opone lo que Bourdieu llama la «mano izquierda» y la «mano derecha» del Estado. La mano izquierda, el lado femenino del Leviatán, está materializada en los «derrochadores» ministerios encargados de las «funciones sociales» —educación pública, salud, vivienda, asistencia y leyes laborales—, que ofrecen protección y auxilio a las categorías sociales relegadas del capital económico y cultural. La mano derecha, el lado masculino, está encargado de aplicar la nueva disciplina económica a través de recortes presupuestarios, incentivos fiscales y desregulación económica. (Wacquant, 2011, p. 3)

Por su parte, otra de las entrevistadas, desde su posición como docente universitaria, otorga otro punto de vista en virtud de las afinidades y alianzas ideológicas y políticas, e identifica a partir de esto algunos términos de

conquista y ganancia para ciertos agentes. Estas conquistas remiten de alguna manera a la llegada a esferas de decisión y las ganancias en términos de poder. El poder que otorga, por ejemplo, la certificación de una práctica formalizada, avalada y mercantilizable por el ámbito profesional privado.

No te olvides que, cuando empiezan los gobiernos de izquierda en este país, los universitarios y sobre todo el ámbito *psi* empezamos a tener muchos amigos en lugares de decisión.

Supongo que a los sociólogos les pasó lo mismo, entonces, bueno, lo que se hace es, decir, la Federación Uruguaya de Psicoterapia, la FUPSI, que es este grupo de privados, lo que hace es convencer a las mutualistas, por ejemplo, que cuando llamen a integrar los cuerpos de psicólogos, pidan el Certificado de la FUPSI. (...) El gremio –Coordinadores de Psicólogos del Uruguay- sale a decirles: «ustedes no pueden exigir esto porque esto es abrirlo a una élite que solamente puede pagar, son cosas muy costosas, que la mayoría lo hemos hecho porque no había otra cosa en nuestro medio, pero tengan en cuenta que acá se está llamando, se está ofreciendo trabajo a un grupo de psicólogos que han tenido la suerte de poder pagar esa formación». Pero que no es ninguna garantía, digamos, esto, la formación de la FUPSI no tiene ningún contralor. (Docente -A- de la Facultad de Psicología)

La misma entrevistada traduce con claridad el núcleo de la disputa entre el colectivo de psicoterapeutas, enfatizando la significación de los movimientos que también se producen en el marco de estas prestaciones, en el espacio socio-ocupacional, en las relaciones que en ese espacio se producen y en torno —nuevamente— al capital simbólico de la certificación como psicoterapeuta esgrimida por otros agentes en el juego de «legitimación» a los «recién llegados»:

Si no se hubiera jugado el campo laboral, esto no hubiera hecho ruido [la certificación como psicoterapeuta]. (Docente -A- de la Facultad de Psicología)

Otra de las docentes entrevistadas agrega:

Pero tenía mucho que ver, por ejemplo, el rol del psicólogo en los equipos de salud también a nivel de retribuciones; poder pagar honorarios similares a los distintos técnicos, cosa que no se

ha logrado aún. **Hay una diferencia muy grande entre médicos, médicos psiquiatras y psicólogos.** (Docente -B- de la Facultad de Psicología)

También desde el campo gremial de profesionales de la psicología, una de las integrantes de la comisión directiva señala puntos de conquista y puntos de pérdida en el plan diseñado:

Nos parecía que incluir a los psicólogos dentro de los equipos, como una cosa, o dentro de las instituciones era realmente revolucionario, porque nos permitía a nosotros hacer una visión diferente de lo medicalizado. Entonces bueno, las etapas fueron esas, muy claras, nosotros quedamos a disposición de juntarnos apenas empezaran y nos llegó el plan armado. (...) [Quienes hicieron el plan] eran representativos de sí mismos (...) Desde las agrupaciones, seguimos trabajando para reivindicar el espacio de los psicólogos en las mutualistas... Nos pasaba, por ejemplo, que obviamente todas las direcciones de los centros de atención, ya sean privados o públicos, son psiquiatras y la mayoría estaban vinculados a FUPSI. Entonces, si vos no estabas en FUPSI no te dejaban entrar. Entonces, pará un poco: lo que te habilita en la República Oriental del Uruguay es la ley, que te habilita porque tenés un título universitario. Entonces **fue un gasto muy grande de energía contra algo que no era lo que había que pelear.** No tenemos que pelear contra nuestros, aparentemente, aliados en el área de trabajo, sino todo lo contrario, recurrir a poder buscar estrategias para que se ampliara la posibilidad de trabajo. (Directiva de la CPU)

Al mismo tiempo, es elocuente lo que la entrevistada señala en cuanto a las posiciones de poder que en la magra negociación como agentes gremiales lograron establecer:

Tenemos muchos reflejos condicionados desde la medicina, pero igual lo podemos pensar desde otro lugar, entonces, lamentablemente, después de que se dan estos encuentros con [la dirección del Programa de Salud Mental] nos llega después el plan ya armado. (...) No hubo instancia de intercambio en ningún momento. Porque además, eso te lo puedo decir porque apostaría plata, fue la sensación que a mí me dio cuando yo estaba hablando con [el ministro del período 2010]. **Creo que él tenía como el prejuicio que nosotros estábamos defendiendo este ámbito que es privado,** que implica un arancel determinado, que implica un estatus determinado. (Directiva de la CPU)

El relato y sus énfasis, el tenor de los componentes discursivos que se van hilando en cada entrevista aquí citada, pone de manifiesto las distintas dimensiones de la vida colectiva y singular de los agentes en disputa que, bajo las representaciones que adquiere para ellos la salud mental, se van poniendo en movimiento y van adquiriendo diversas características. El campo de la salud mental comienza a adquirir significación en el plano de valoraciones subjetivas que configuran al mismo tiempo prácticas objetivas que se dirimen en el establecimiento de relaciones de poder.

Tal como he reseñado, a modo descriptivo, las características del PIPSM en el primer capítulo, estas prestaciones han sido inspiradas en objetivos de prevención y promoción en salud, y a la vez de asistencia de situaciones que demandan orientación técnica. Sin embargo, del recorrido realizado en este capítulo ya es posible identificar al menos que los enunciados son el velo de atravesamientos que se dirimen en la micropolítica de los vínculos, las disputas y los posicionamientos sociales a partir de los que se logre ejercer cierto grado de dominación en el campo. «Imposible hacerlo todo» expresaba el ministro de Salud de ese período, cuando comenzaba a describir las consideraciones que se tomaron para delimitar la población a la que se dirigirían las prestaciones y diseñar la implementación de prestaciones de forma «gradual».

El segundo paso fue, si bien este era un pedazo del total que íbamos a asumir, dentro de él también teníamos que fijar prioridades y etapas, porque **imposible hacerlo todo; entonces, el segundo paso fue definir qué hacemos**, entonces se comenzó a trabajar una propuesta (...) que básicamente lo que hacía era **definir tres niveles de prestaciones, digamos, que podían ser catalogadas: una, de situaciones que requerían respuestas inmediatas, pero de corta permanencia, inmediatas en el momento**, pero que, bueno, después no necesariamente seguían; luego, digamos, **situaciones agudas que requerían un cierto nivel de permanencia en la prestación que podían ser consideradas situaciones naturales, digamos, y, un tercer nivel más crónico, digamos, de personas que ya venían con algún tipo de patología más jorobada, digamos, ¿no? (...)** Ni una enfermedad, ni requerían internación. (...) Entonces, se armó el nivel 1, el nivel 2 y el nivel 3... y después se dijo «bueno, vayamos a ver a qué

población deberíamos atender en cada uno». En el nivel dos y tres priorizamos la misma población (...) en el nivel uno, en lugar de priorizar por población, tipo jóvenes, mujeres, priorizamos por tipo de patología, adicciones, intentos de autoeliminación. Porque, al mismo tiempo, nosotros veníamos trabajando con un decreto que obligaba a las mutuales a registrar los intentos de autoeliminación, y a volver a visitar a las personas, creo que a los 6 meses era, a ver qué había pasado; violencia, una serie de prestaciones... (Ministro de Salud, 2010-2011)

La tentativa de abordaje universalizado, frente al «imposible hacer todo» inevitablemente lleva a la generación de una batería de criterios que no tienen otra opción que demarcar o por motivo de consulta, o por diagnóstico clínico, tiempo de atención o tratamiento, entre otros criterios. Es el campo de la salud mental en la lógica del campo de la política pública. El núcleo de la cuestión está en el perfilamiento que se le da a la valoración según estas demarcaciones:

Decidimos, como metodología, el abordaje colectivo de esos grupos. Con un protocolo de cuántas sesiones, y luego los otros dos niveles que era ya la psicoterapia más tradicional, en la cual, en el nivel 2 era para casos normales, vamos a llamar, naturales, si no recuerdo mal el plazo eran doce meses, renovable creo que doce meses más, y el otro ya era para dos años, creo que también renovable un año más, y se identificaban algún tipo de enfermedades, vamos a llamarle, digamos, con las que se podía, esquizofrenia... Una vez definido eso, **el tercer paso fue cómo se accedía a la cuestión, ¿no?, y ahí [el director del período 2010] propuso la idea del comité de recepción.** (Ministro de Salud, 2010-2011)

En este tramo de las decisiones a tomar para la construcción de la propuesta de prestaciones, parece definirse lo que luego será presentado como la batería psicoterapéutica a establecer para la atención. En la descripción que realiza el entrevistado es posible identificar el imbricado proceso de construcción de una política asistencial para la confluencia de la burocracia institucional que habilita la implementación de cambios y la perspectiva a partir de la cual se quiere asistir en materia de psicoterapia, en este caso en particular.

He aquí el entramado de puntos de vista. Otra de las personas entrevistadas, psicólogo de formación y con un cargo de gestión en el campo de la academia, realiza de forma precisa su valoración respecto a estos criterios:

Ese dispositivo reafirmaba un dispositivo curatista, propio de las prestaciones en salud prioritarias que tiene el país, y que tiene la salud en este país desde hace mucho tiempo. A ver, cuando uno necesita un buen o una buena psicoterapeuta, es bueno que cuenten con él, ¿no? Pero el tema es no tratar a todo como si fueran clavos y entonces resolverlo todo a martillazos: todo con psicoterapia, o todo con campaña de promoción de salud o todo con... Es decir, poder discriminar los recursos tecnológicos que se necesitan en las distintas situaciones. (Decano de la Facultad de Psicología, 2007-2011 y 2011-2015)

El director «heredero» de las bases estructurantes de las prestaciones en cuestión aparenta realizar una práctica de «confesión», ahora liberado de la confidencialidad que parecería haberle impuesto el ejercicio de tal cargo:

Ahora te lo puedo decir, antes no, es un filtro (...) Se supone que un psicólogo y un psiquiatra con una ética van a priorizar al paciente, se supone. Pero sí, **lo mejor sería que no exista el comité de recepción.** (Director del PNSM, 2010-2014)

Siguiendo estos contenidos discursivos, parecería que el diseño de tales prestaciones encontró un punto de colisión entre los agentes particulares, según sus énfasis en las expectativas puestas, según su trayectoria en los campos desde los que provienen y las posiciones sociales que ocupan en el campo de disputa, confirmado a partir del diseño de la política de atención de la salud mental.

Al recurso del comité de recepción, para definir si se otorga la prestación, qué tipo de prestación y por cuánto tiempo, subyace el tener que dirimir respecto a asistir, apaliar, prevenir ¿qué?, según dónde esté colocado el punto de interés, lo cual parece centrarse en la alusión de algunos entrevistados a posiciones orientadas por «prácticas curatistas» en contraposición a prácticas orientadas por una «ética para priorizar al paciente».

Esto coloca en tensión la posición del agente en un nivel de jerarquía que le impone la función de laudarse en torno a los términos de prioridad que orientan la función del comité de recepción. En el caso que atañe, el mismo agente, proveniente del campo profesional, psicólogo de formación, en la función burocrática dentro de la política pública, director en este caso, debe definir si su foco de interés es qué política pública es la que se quiere diseñar o si su foco de interés es qué salud mental es la que se quiere atender. No es una situación de fácil resolución. Según dónde coloque el foco de interés será el punto de vista que se despliegue y los elementos que ponga en juego en la disputa con otros agentes para lograr sus fines.

Como agente de gobierno a la vez que agente del campo profesional, entra en colisión esa doble inserción que lo caracteriza. Sin embargo, su expresión «ahora te lo puedo decir» revela con claridad el peso de su posición como parte del gobierno mediante su función como director, por tanto, también su foco principal de interés, la política en sí misma. El asistir, apaliar, prevenir ¿qué? termina siendo enfocado en la prioridad de sus lugares, el asistir y apaliar en función de lo que la política necesita, y requiere en términos de recurso políticos, institucionales, financieros y de negociación con los demás agentes y el asistir termina siendo la estrategia para que la política rinda cuentas de la asistencia en la salud mental más que para ir al núcleo de la necesidad de asistencia que efectivamente tiene la población en materia de salud mental.

En una primera etapa se apuntó a los niños, a los jóvenes, a los adolescentes, o sea que también ahí el encare es un encare más desde la prevención, porque bueno, eso está demostrado, uno puede pensar que la incidencia de cualquier atención psicológica en un niño, en un adolescente va a ser más efectiva por la plasticidad, sino también va a tener un factor de prevención, claramente, eso lo sabemos todos. Por eso también, digamos, no fue un encare en el sentido de ir hacia las enfermedades, sino que se eligieron las poblaciones que podían apuntar... y además por una razón operativa y de gestión, que era por la financiación que se dio al plan. (...) También los procesos, los tratamientos no podían ser muy largos, entonces evidentemente en un niño

o en un joven un tratamiento que no sea muy largo va a tener más resultados que en una persona que tiene una evolución de algo más crónico. (Director del PSM, 2010-2014)

Es significativo cómo el diseño de la política moldea las prácticas no solo de los agentes que están en su hechura y en su ejecución, sino además de quienes la reciben como beneficiarios o población objetivo. El entrevistado que cito a continuación, quien fue también director del PNSM a comienzo de la reforma del sistema de salud en el año 2005, desde su experiencia anterior a este período, describe un proceso de producción de cierto tipo de usuario, paciente tipo, a partir de la modalidad de atención del propio dispositivo. Se trata de un dispositivo de atención psicoterapéutica que funcionó en el Hospital de Clínicas de la UdelaR y que ofició de antecedente para este PIPSM que estoy analizando.

Por ejemplo, yo te voy a decir que nosotros, ahí en el trabajo del Clínicas, veíamos al paciente que no negaba a la psicoterapia, pero sí nos negaba después de años, porque quedaba entretenido, entre comillas, por el médico que lo veía, que pensaba que una pastillita, el dolor aquí, allá, no se daba cuenta de hacia dónde orientarlo. Después quedaba en el psiquiatra (...) y después recién cuando no podían con el caso, lo mandaban. La psicoterapia tiene el mejor efecto cuando vos empezás, cuando la persona todavía no está complicada, pero después de diez años de transitar por todo el sistema de salud... **Es brutal, porque a nosotros, al comienzo, teníamos el programa con una duración de psicoterapia que era flexible de un año, un año y medio, y después empezaron a llegar casos de cinco o seis años, porque eran la complicación de la complicación de la complicación. Entonces ese tema es crucial, pero no es fácil abordarlo de entrada.** (Director del PSM, 2005-2009)

Es significativo cómo cambia la perspectiva de este agente en particular a la hora de reflexionar sobre las características que asumió el PIPSM. Director del PSM en el inicio de la asunción al gobierno del partido de izquierda, agente con formación en psiquiatría y con una amplia experiencia de trabajo en el servicio de psicoterapia que funcionó en el Hospital de Clínicas de la UdelaR. Coloca bajo el lente a los profesionales como parte sustancial para el engranaje de las prestaciones. Es el único entrevistado que da este punto de

vista, y fue el único de los directores actuantes en el diseño del PIPSM que se caracterizó por una experiencia previa en un dispositivo de atención mediante psicoterapia:

Yo te diría que, para mí, uno de los taponés para este programa era el propio sistema de salud, que el personal de salud, médico, no estaba preparado a detectar precozmente. Después, cómo hacerlo tampoco es fácil, porque ahí también hay estigma. Porque si vos, una persona te ve con un dolor, desde el punto de vista de su economía psicológica prefiere que sea un problema físico. **Si el médico no le sabe decir, si a lo mejor lo puede beneficiar una psicoterapia, la persona entiende que le está diciendo que está loco.** Eso es un problema. (...) Yo, por ejemplo, he visto médicos, porque después veía a sus pacientes, médicos con gran intuición psicológica, médicos somáticos. Que los pacientes iban por un problema menor, cardíaco, les miraban la presión, no lo tenían casi medicados, pero charlaban con los pacientes. Sin saber, el uno ni el otro porque, pero digo, un encuentro humano. Gente que marchaba muy bien, no sabían, en realidad, esa es una forma oculta, de buena psicoterapia. Es claro, queda a merced de qué condición tiene el paciente, de la calidad del paciente y del médico que se juntaron allí. (Director del PSM, 2005-2009)

El entrevistado refiere a un elemento sustantivo, que llama «el vínculo humano». En un campo de relaciones sociales este tipo de vínculo al que alude básicamente consiste en un ejercicio de relaciones sociales en las que la violencia simbólica en el ejercicio del poder parece bajar su intensidad, posibilitando equilibrar la balanza en término de las ganancias entre el interés de ejercer la asistencia y el interés de recibir la asistencia. Sin embargo, las interferencias en este movimiento de relaciones sociales, mediadas por cierta empatía respecto a la posición social de menor incidencia en la lógica de poder, colocan en puja a otras formas de establecer ese «vínculo humano». La ocupación de posiciones dominantes en los campos académico y profesional también tienen expresión en el vínculo que se establece en el momento de ejercicio profesional.

CONSIDERACIONES FINALES

*La salud es un valor esencialmente ligado a la idea de libertad o autodeterminación.
La 'enfermedad' es una limitación, a través de la cual la libertad debe abrirse nuevamente paso.
Ahora bien, si la salud tiene que ver con la libertad, una epistemología de las ciencias de la salud debe afrontar explícitamente la pregunta: ¿es posible pensar científicamente la libertad?*

(Samaja, 2014, p. 10)

Esta investigación se inició motivada por la búsqueda de vías de comprensión de las dinámicas que se producen en los intersticios de las relaciones entre agentes en el marco de su confluencia y sus disputas de interés en el campo burocrático. El propósito de esta tesis fue examinar ese espacio micro político que queda difuso en la cotidianeidad y se muestra en síntesis rápidas, que se fetichizan en generalizaciones, en consensos laudados e interpretaciones y verdades saldadas. La investigación se enfocó en la posibilidad de indagar respecto a diversos procesos, conflictos, disputas y oportunidades de orden histórico y socio-político, que dan cuenta de las condiciones a partir de las cuales la salud mental es colocada en la agenda de la política pública. La política sociosanitaria no se había ocupado de la salud mental como componente del sistema de salud hasta llegado el año 2005, en el que efectivamente se comienza a pensar en prestaciones de salud mental no escindidas del resto de prestaciones para la atención a la salud. Parecería el momento esperado por tantos para establecer el lugar que se merecía la salud mental en el sistema de salud, por fuera de los muros del monovalente y del encorsetamiento de la predominante nosografía psiquiátrica.

El PIPSM para el SNIS venía a abrir las puertas a nuevos marcos comprensivos sobre el sufrimiento psíquico, a ampliar la mirada a otras situaciones del proceso de la vida que colocaran en necesidad de atención en salud mental. La entrada en escena de profesiones ya existentes, hasta el momento limitadas en la posición de colaboradoras de la psiquiatría en el marco del monovalente y equipos de atención en hospitales generales; me refiero a la psicología principalmente y al trabajo social. Los discursos hablaban de desmedicalización y de desmercantilización, en un plano de universalidad en el acceso.

Sin embargo, la noción de enfermedad a la que se redujo nuevamente la atención de la salud mental apareció reafirmada casi de inmediato. ¿Cómo se explica? ¿qué traduce de lo no dicho —o lo no hecho— por quienes ocuparon posiciones disidentes a la predominancia médico-psiquiátrica? ¿En qué momento del proceso de elaboración de la propuesta del PIPSM y con cuáles argumentos se enfatizan los reparos diagnósticos y clasificatorios? ¿Qué características asumen el consenso y la acción de laudarse la síntesis consensuada?

Como lo mencioné en la primera parte del documento, los antecedentes de producción de conocimiento sobre la reforma de la asistencia en salud, en lo que respecta a Uruguay, se basan en aspectos financieros y la economía de recursos, en el estudio de las etapas de implementación y su ajuste a lo planificado en términos de infraestructura, ejecución de capitales e implementación de la prestación. Esto también sucede en estudios de caso de reformas sanitarias a nivel regional. Esto justificó la elaboración de un diseño de investigación que contemplara las microdinámicas con detenimiento: el movimiento de agentes, sus puntos de partida y los puntos de llegada, sus estrategias y modos de juego. Pues la particularidad de esto la tuvo esa confluencia a la que me fui aproximando a lo largo de la investigación, entre el campo de la salud mental y la hechura de las políticas de asistencia socio-sanitaria en materia de salud mental precisamente.

Este documento de tesis, producto de tales aproximaciones teórico-metodológicas y comprensivas, indagó sobre modos, prácticas y sentidos puestos en juego en el campo de intereses en la asistencia de la salud mental y los agentes involucrados. Partí de dos preguntas orientadoras: ¿cuáles son las tomas de posición de los agentes implicados en el juego de construcción de la política de atención de la salud mental en el Uruguay a través del SNIS? y ¿qué orientaciones se expresan y proponen en la puja por la redefinición de la atención de la salud mental?

Estas preguntas permitieron la construcción de un problema de conocimiento que incorporó al estudio de las políticas públicas una dimensión poco abordada, el lugar de las acciones de los agentes en su trama de relacionamiento, de producción de capitales y construcción de puntos de vista. La perspectiva de análisis relacional me permitió ejercitar la flexibilidad necesaria para ubicar al objeto sociológico en circunstancias sociohistóricas actuales incorporando los debates y las luchas en el proceso parlamentario de la ley de salud mental y las repercusiones en contexto de confinamiento sanitario; al tiempo que enlazar los antecedentes sociohistóricos que fueron determinando algunas de las condiciones de producción del PIPSM, marcando algunos mojones en la historia del campo retomando sus luchas en el retorno democrático.

En virtud de esto es que he organizado estas consideraciones finales en cuatro apartados. En el primero de ellos —punto A—destaco las características teórico-metodológicas del estudio, sus alcances y límites en el abordaje del objeto delimitado. En los dos siguientes me enfoco en el objeto de estudio en sí mismo. En el punto B enfatizo aspectos de las prácticas y disputas identificadas en el campo, con el objetivo de comprender precisamente las dinámicas de relacionamiento, las reglas de juego y las estrategias de negociación. En el punto C me detengo en lo que considero de mayor relevancia en términos de posiciones sociales y tomas de posición de los agentes frente a los términos y contenidos en disputa. En el cuarto y último —punto D— retomo el problema

u objeto de estudio para situarlo en el contexto de este campo de conocimiento, es decir, el contexto en el que cobra historicidad y significación y, a partir de lo cual, es posible además dejar planteadas nuevos supuestos que inspiran a interrogantes que orientan a procesos investigativos posteriores.

A) Consideraciones sobre los aspectos teórico-metodológicos

Tomar como referencia a la sociología comprensiva de Bourdieu me permitió ir precisamente a los intersticios de microespacios sociales, sin perder la brújula de las dinámicas macroestructurales en la medida en que el habitus supone la internalización de estructuras objetivas. En otras palabras, la estructura no es solo contexto, sino que aparece incorporada en las prácticas de los agentes pues contribuye a estructurar estas prácticas también desde “dentro” del agente. No se trató de un análisis de las burocracias de Estado para la hechura de la política sociosanitaria, es decir, de procedimientos administrativos, estructura organizacional, procedimientos formalizados. Tomar este camino conduciría a lógicas explicativas sin deconstrucción del velo del propio Estado a partir de la construcción que él mismo realiza partiendo de categorías y calificaciones por él mismo construidas.²⁴ (Bourdieu, 1997). Sino que, precisamente, el recorrido de indagación estuvo puesto en identificar al campo burocrático como un espacio simbólico de acciones entre agentes con diversos intereses, un espacio de dominio y legitimado a través de la violencia simbólica en el marco de las instituciones del Estado.

A partir de este punto de vista sobre el Estado, detuve la mirada sobre las prácticas de agentes particulares, con múltiples inserciones e intereses y en

²⁴ Esto llama la atención sobre una de las advertencias de Bourdieu que obliga a reforzar la vigilancia del investigador sobre sus supuestos en la medida en que para pensar –y comprender- al Estado nos servimos de categorías construidas por el propio Estado.

tensión según sus posiciones en el campo y el acervo de capitales más o menos específicos respecto a ese campo. Comprender a los agentes particulares en el marco de las posiciones sociales que ocupan, conocer sus puntos de partida en los campos que los legitiman y sus tomas de posición, otorgó las pistas para dilucidar relacionalmente cuáles son las *causas y razones* que lo hacen como es (Bourdieu, 2007); cómo se fue construyendo el entramado de relaciones de dominación, los componentes de la disputa y los términos de negociación en el armado del PIPSM. Al mismo tiempo, que también bajo estos aspectos constitutivos de los agentes particulares, identifiqué las tomas de posición que estructuran a los campos en confluencia en la investigación, esto es, el *habitus* que los distingue en tanto estructura social interiorizada por los agentes particulares. El entramado de relaciones de dominación que atraviesan a cada campo y su historicidad, abordada principalmente en el segundo capítulo, permitió comprender la dinámica de las prácticas sociales de los agentes particulares en el marco de estructuración del espacio social que ocupan. En este sentido, el detenimiento en estos agentes particulares remite en el análisis a su importancia como representativos de tales espacios sociales y no por el agente particular en sí mismo.

Tal como lo he señalado al inicio del documento, la sensibilidad de fondo arraigada en los efectos de la medicalización social se expresa en los espacios sociales que ocupan e interiorizan los agentes, que al mismo tiempo expresan en sus prácticas, de lo cual no está exento el campo burocrático a través del diseño de las políticas públicas. En este sentido, es que también cobra relevancia el estudio de la política de salud como expresión de la política pública, en tanto no es un objeto cerrado en sí mismo, sino que su análisis fue diseñado en la investigación como una contribución a la comprensión de los modos de dominación, de reproducción y de transformación de las sociedades contemporáneas.

Haber diseñado e implementado la investigación a partir de la perspectiva teórico-metodológica bourdiana me ha permitido contar, una vez finalizado

el estudio, con un marco referencial claro y alentador para profundizar en el estudio de la especificidad del campo de la salud mental y su imbricación en el campo de la política pública. ¿Qué es lo que distingue a este cruce entre salud mental y política pública? (i) la producción de sentido a través de enunciados dominantes que focalizan aun actualmente en un solo aspecto de la salud mental, la nosografía psiquiátrica y el tratamiento del diagnóstico. (ii) la debilidad de los campos profesionales y por tanto de las argumentaciones de sus agentes particulares, arraigadas en un modelo no sanitarista y desmedicalizante, quienes parecen partir de un piso claramente inferior en lo que a la legitimidad de sus conocimientos respecta. Esto los ubica en una situación de menor acumulación en la disputa política y de generación de experiencias en el campo burocrático, lo cual se explica, en parte, por sus posiciones históricamente subordinadas en el campo sociosanitario, han luchado por posicionarse frente al poder de la medicina, cuyo capital específico ha sido el capital por excelencia para jugar en el campo sociosanitario.

Reparar en ambos aspectos me fue posible a partir de la consideración de las fuentes primarias —agentes particulares y su inscripción en cada campo de referencia— en dos dimensiones de producción simultánea. Por una parte, en el desarrollo de su *habitus* y la expresión de sus capitales en virtud de lo que han adquirido en el desarrollo de destrezas de negociación y planteamiento de la disputa de intereses y alcance de posiciones sociales con mayor capacidad de ejercicio de relaciones de dominación. Por otra parte, la identificación de sus posiciones sociales de partida y las tomas de posición según las variantes en el proceso de disputa y los mecanismos de incidencia que se fueron generando durante el diseño del PIPSM.

Me fue posible identificar la multiplicidad de campos de origen de cada agente particular; todos determinantes de su *habitus* y a la vez condicionantes en la disputa por el reconocimiento de su posición social. Esto queda evidenciado a través de las tomas de posición —argumentos, representaciones, prácticas— en el campo en estudio.

Destaco tres aspectos sustantivos para la delimitación del campo de estudio y para la consideración del relevamiento y su análisis comprensivo, a la luz de las principales líneas de análisis que he desarrollado en el documento:

- Los agentes consultados fueron aquellos con un recorrido marcado en las instancias consultivas y de tomas de decisión. Por tanto, no consideré la consulta directa a otros agentes que aparecen en los discursos y que en todo caso imprimen nuevas líneas de pesquisa con un énfasis puesto tal vez en la construcción argumentativa respecto a sus concepciones sobre modalidades asistenciales y espacios socio-ocupacional y no en sus tensiones a la hora de disputar las prestaciones del PIPSM. Identifico aquí principalmente a la FUPSI y a los prestadores de salud privados.
- El tiempo considerado para la delimitar la conformación del campo, los dos años en los que efectivamente se trabajó en el armado del PIPSM (2010-2011), permitió centrar el análisis en los contenidos y en las orientaciones finales del plan, sin dispersar la atención en propuestas o ensayos que no fueron colocados en tensión al no ser parte de la disputa final.
- Las circunstancias sociohistóricas en las que se produjo la escritura del documento de tesis —aprobación de la ley de salud mental, proceso de reglamentación y la instalación de medidas de confinamiento social como prevención sanitaria— permitieron reafirmar la validez del objeto de estudio y de la perspectiva teórico-metodológica a partir de la sociología reflexiva. Por una parte, el proceso de negociación y consulta que antecedió al proyecto de ley de salud mental aprobado, siguió la misma estrategia de identificación de agentes e instalación de comisiones consultivas para el relevamiento de acuerdos que dejó como antecedentes el proceso de hechura del PIPSM. Y podría adelantar que se dio casi con la misma secuencia de

consultas ficcionadas y acuerdos laudados. Por otra parte, la instalación del confinamiento social obligatorio reafirmó las consecuencias del encierro como doble castigo, en términos de un aislamiento que se vio profundizado por la imposibilidad de contactar las personas internadas en el manicomio nacional y demás clínicas psiquiátricas, con sus familias y demás personas allegadas y, con el mínimo personal a cargo de su atención y bajo estrictas medidas de distanciamiento.

B) Los enunciados, las prácticas y las disputas

El PIPSM podría considerarse como una de las tantas escenas de la larga convivencia entre los individuos y el Estado, Sus luchas y disputas en el marco de relaciones asimétricas que se juegan en el escenario de las políticas públicas en el escenario de las políticas públicas. Así ilustrado, este plan que ofició de objeto empírico para la investigación, da cuenta de forma concreta de la configuración simbólica y material de un campo de disputa.

Me interesa destacar aspectos que encuentro sustantivos para comprender las dinámicas que subyacen a tales configuraciones y los márgenes que éstas establecen para el despliegue del juego por cada agente. Identifico estos aspectos como enunciados, prácticas y disputas.

Enunciados

La ruptura epistemológica requiere re construir el trabajo social detrás de las categorías, cuánto más familiarizada la categoría, con mayor detenimiento se emprende tal ruptura a través de la genealogía. A lo largo del documento he

señalado especialmente las representaciones y configuraciones simbólicas en torno a la salud mental como enunciado. Entendiendo a este aspecto del campo como un entramado de prácticas concretas, de simbolismos y representaciones socio-históricas referidas a la salud y la enfermedad y, de encuentro entre diversos agentes con *habitus* dispares en la generación de capitales en torno a su trayectoria por lo que como campo de la salud mental se identifica.

El enunciar, requiere someter a una síntesis comunicable. En este sentido, es que a partir de esta investigación es posible identificar ciertas representaciones, ciertos significados y capitales generados que permiten comprender el porqué de los énfasis y matices que toma para cada agente la salud mental como enunciación.

(i) *El punto de partida, la generación de capital y la construcción del punto de vista*

A partir de la descripción del campo de origen de cada agente, es decir, el campo representado por dicho agente y por el cual es convocado a pronunciarse en el debate, y del contenido discursivo tratado en el análisis, es posible situar a los agentes identificando al menos tres puntos de partida.

Uno de estos puntos de partida es el campo burocrático. El desempeño de funciones de gestión de las decisiones en el caso del ministro y los directores entrevistados o, de asesoramiento en el caso de la técnica en el marco del MSP. Si bien cada cargo asignado dentro de este campo destina competencias y tareas diferentes en la jerarquía de poder para la toma de decisiones, todos estos agentes comparten un mismo punto de partida y una misma cualidad, la lealtad al campo que les legitima. En este sentido, podría pensarse que esta relación de «lealtad» al campo que legitima al agente particular se da en cualquier campo de referencia, sin embargo, en la puja de intereses

establecida a partir del objeto empírico estudiado, es claro que es el campo burocrático quien dispone y fortalece los términos y el ritmo del juego.

Aun así, en la medida en que estamos frente a campos, nos encontramos con que este campo burocrático también es un escenario de luchas que pujan por orientar la acción del Estado en diversos sentidos posibles. Y es en el marco de esas luchas y, por efecto de la permeabilidad de los campos y de su relativa autonomía que los intereses que representan posiciones y capitales subordinados en el campo son, en parte, incorporados en nombre del consenso que, en sociedades democráticas, legitima la administración política de los asuntos sociales.

Desde este punto de partida en particular, para el *campo burocrático*, el transcurso por la elaboración del PIPSM significa el fortalecimiento de la legitimidad de su capital social en los procesos de negociación y disputa de intereses en el terreno de la política pública. Al tiempo que incorpora o genera también capital en el marco de la especificidad del campo de la salud mental, conocimiento de otros agentes para este campo, incorporación de nueva información, nueva argumentación y la construcción de un nuevo punto de partida para disputas siguientes.

¿Cuál ha venido siendo su ganancia? Sustantivamente la incorporación de la salud mental como un tema de interés de gobierno y, la toma de posición respecto a qué salud mental y por qué. Cada tramo del discurso del ministro entrevistado, en los que marca el interés por desmedicalizar, es un ejemplo de esas nuevas tomas de posición. Ya no es una bandera de colectivos sociales reclamando al Estado. Sino que el propio Estado —campo burocrático, para ser precisa— ahora se suma a esa bandera, la oficializa y de alguna forma expropia sentido a una reivindicación antes externa a él.

Por su parte, el campo académico hace de lo suyo expandiéndose a la órbita del campo burocrático a través de la incorporación de sus agentes particulares.

Aquí es posible identificar posiciones que no se distinguen entre sí con límites claros. En la entrevista con quien ese momento ejercía la función de decano de la facultad de psicología, emergen datos que hablan de una posición de escaso arraigo en la propuesta del PIPSM. Las intervenciones parecen fijarse al compromiso formativo en el marco de tal facultad en función de lo que el movimiento que las prestaciones de psicoterapia y sus disposiciones genera en el campo laboral de la masa de estudiantes y próximos profesionales en este rubro. Para las docentes entrevistadas, de la misma facultad, el acento es puesto en el recurso terapéutico, por un lado, y su acreditación y la disputa de poder que conlleva la exigencia de tal acreditación. Un punto de partida muy distinto, aunque movilizado por las mismas causas y las mismas repercusiones.

Es significativo, en la construcción de puntos de vista en función de las posiciones de partida, el lugar en la disputa de la CPU. Este agente parece generar un capital ligado a su aprendizaje en la órbita burocrática que no queda visibilizado por su derrota frente a un juego que le es coartado, sin posibilidades de incidencia efectiva. Sin embargo, su contacto con la esfera burocrática y política de diseño del PIPSM le genera la posibilidad de instalar un posicionamiento a la interna de su organización, lo cual de alguna forma la fortalece como organización gremial.

Otro punto de partida que destaco es el que he identificado a partir del contenido discursivo del director a cargo del PNSM en el período 2005-2009. La historicidad que retoma en su relato y la apelación a la movilización social distinguen a un agente que pone de manifiesto la correlación de fuerzas de distintos sectores en un momento sociopolítico particular como lo fue la salida de la dictadura cívico-militar en la segunda mitad del siglo pasado. La confluencia de movimientos provenientes de los campos académico, profesional, gremial y social en términos generales, marcó un antecedente de pronunciamiento social y político sobre la atención de la salud mental en el país. Al mismo tiempo, generó capital social y político en el aprendizaje dado

por la experiencia de movilización, organización colectiva y formulación de alternativas a la política de salud instalada en aquel momento. El punto de partida que marca este agente durante su relato, parece referir a la apropiación socio-política desde un ámbito colectivo, del espacio burocrático en el que se dirime la política de asistencia a la salud.

(ii) *La producción sociopolítica de la enfermedad mental*

La enfermedad mental es otro enunciado que actúa más o menos explícitamente en la dinámica de disputa de intereses de los agentes confluidos en el armado del PIPSM. Si bien he abordado esta dimensión principalmente en el tercer capítulo, es un aspecto que atraviesa con mayor o menor exposición, a todo el planteo del documento de tesis.

Aquí es ineludible referir a la instalación del discurso médico-higienista en el campo de lo social, como argumentación de los desvíos y malestares sociales, morales y epidemiológicos. ¿Qué involucra el enfermar?, ¿qué involucra la enfermedad mental? Las representaciones respecto a esto se inscriben en un marco más amplio de representaciones políticas sobre lo distorsivo de la norma social y de representaciones científicas de la norma estadística.

En términos de consideraciones finales, entiendo que la centralidad que esto ocupa para la comprensión del tema en estudio es, por un lado, en relación a la funcionalidad de lo político y lo científico para reafirmar representaciones que involucran, la moralización del estado de salud y el cientificismo de prácticas de disciplinamiento y control sociopolítico y, por otro lado, en relación a la emergencia de observaciones críticas a esta lógica, aunque con cierta debilidad y timidez ante la propuesta de desmedicalización y desmercantilización de las prestaciones de salud mental, principalmente la psicoterapia.

La permeabilidad de lo subjetivo, aún con la racionalidad científica como barrera, ha sido la principal vía de asentamiento de la lógica de medicalización social, tal como lo he mencionado en el segundo capítulo principalmente. Esto explica lo paradójico de la convivencia funcional entre perspectivas tan disonantes entre sí.

¿A qué me refiero con la moralización del estado de salud y el cientificismo de prácticas de disciplinamiento y control sociopolítico y su traducción en el campo de disputa durante el diseño del PIPSM? Sobre la necesaria amistad de la medicina, particularmente la psiquiatría y el poder político para afirmarse en posiciones de dominación en sus campos de referencia, principalmente en la emergencia del Estado moderno y el nuevo contrato entre este, la familia y el conjunto social, son absolutamente evidentes los vastos estudios de autores de referencia a nivel nacional, regional e internacional, tal como aquellos en los que me he apoyado para esbozar el análisis en los distintos capítulos (Barrán, Larch, Donzelot, entre otros). Tan profundo es el lazo de funcionalidad de esta lógica que aún en el siglo XXI es posible de identificar, traduciéndose en la singularidad de un objeto de estudio como el que he abordado en esta investigación.

Las disputas en torno a qué prestaciones, en qué modalidad y para quiénes, encontraron mayor acento en torno a representaciones de salud mental, enfermedad mental y la modalidad terapéutica. Si bien no parece ser absolutamente evidente la explicitación de las representaciones de enfermedad mental que atravesaron los argumentos defensivos de cada agente, sí parece subyacer un acuerdo moral —lo políticamente correcto, lo actualmente acertado— de no hablar francamente de la enfermedad mental, sino de su par opuesto, la salud mental. Sin embargo, el contenido bajo el cual se enuncia a la salud mental, remite a condicionamientos de los procesos de apreciación de lo que se entiende por enfermedad. La impronta de una lógica de desmedicalización parece ceñida por momentos, a la moralización de la

enfermedad como algo no deseable ni decible, lo cual parece salvarse bajo el velo enunciativo de la salud mental.

Por otra parte, la clásica práctica de producción y reproducción socio-política del sistema a través de la instalación de lógicas de disciplinamiento y control social, parece debilitarse si la enfermedad mental como representación social se desvanece a partir del empuje de un nuevo paradigma, la desconstrucción de la lógica de producción sociopolítica de la nosografía diagnóstica y la certificación de la enfermedad como una existencia real y concreta; diagnósticos habitados por cuerpos. ¿Cómo se traduce esto en la disputa por el diseño de un plan de prestaciones? Uno de los aspectos principales que me fue posible identificar es precisamente la tensión en cómo trabajar sobre diagnósticos aún en el esfuerzo por correrse de un modelo biologicista u organicista. La línea de comprensión que cobra fuerza para entender los motivos para no desechar la organización de la práctica clínica por fuera de la estructura diagnóstica, es la vinculada a la formación precisamente organicista de las dos disciplinas principales en este campo, la psicología y la psiquiatría. Ambas, estructuran la formación profesional en criterios de diferenciación, identificación de diagnóstico y protocolos clínicos según diagnósticos. El desestructurar esto, desdibuja la especificidad disciplinar y por tanto desestima su existencia. La funcionalidad de la práctica académica en términos de autoridad legítima de un campo de saber respecto a la realidad concreta, legitima cierta capacidad de disciplinamiento y control sobre esta realidad que le es funcional al sistema de organización sociopolítica.

Este aspecto que mantiene aún correlación de fuerza entre los diversos agentes, se impone a la tímida emergencia de observaciones críticas a esta lógica, a partir de la propuesta de desmedicalización y desmercantilización de las prestaciones de salud mental, principalmente la psicoterapia. Esta característica de relacionamiento en el campo de disputa configura para algunos agentes una bandera de resistencia a partir de su militancia por fortalecer la emergencia de una mirada y práctica crítica de la dominante, al

tiempo que para la correlación de fuerzas entre agentes en posición dominante hace de escudo y fortalecimiento de su posición social.

Prácticas

Me interesa hacer especial hincapié aquí, como consideración final, en la práctica de convocatoria a los agentes consultados, producción de síntesis de acuerdos e instalación de contenidos laudados en el armado del PIPSM. En tanto el objeto de estudio se centra en comprender cómo se produce la lucha de intereses el marco de la política pública, precisamente estos aspectos de la práctica brindan especial conocimiento en ello. Tal como lo he estudiado principalmente en los capítulos dos y cuatro, la práctica de oficialización del proceso de consulta a través del establecimiento de comisiones con reconocimiento y legitimidad del campo burocrático anidó un ánimo de consulta plural y participación de los diversos agentes en el campo en cuestión.

Esta práctica se convierte en un antecedente a seguir, que deviene del propio proceso consultivo –aunque en menor escala- para la elaboración del PNSM a partir del año 1985; para lo que ha sido el proceso de elaboración de la ley de salud mental en el período 2016-2017, tal como lo he señalado en el primer capítulo. El efecto perceptivo de estar participando, de ser escuchado, de estar incidiendo, parece validar el juego para todos los agentes, más allá de la efectiva participación. Al mismo tiempo esta validación es incuestionada en tanto todos ellos requieren y desean un acercamiento al campo burocrático, tratándose de agentes por fuera de ese campo. En lo que respecta a los agentes del campo burocrático con intereses prácticos sobre el campo, que se ven afectados por lo que sucede en dicho campo burocrático y cuya relación con el reviste cierta externalidad. Están afectados fuertemente por las decisiones de este campo, pero cuya capacidad de injerencia se produce “desde fuera”.

Esta lógica se da de igual manera desde los agentes de este campo hacia agentes de otros campos, en tanto este requiere de ellos para ejercer su dominación tras la validación de su práctica. De otra forma parecería perder sentido cada convocatoria.

Disputas

¿Qué es lo que se disputa, por qué y para qué? Esta parece una pregunta que en cierto punto peca de obviedad —qué otra cosa se va a disputar que no sean las prestaciones de salud mental en el SNIS, de lo cual se podría trasladar la respuesta los otros dos aspectos de la pregunta. ¿Por qué? Por el establecimiento de la impronta de cada agente en el proceso de atención de la salud mental. ¿Para qué la disputa? Hemos visto cómo la posibilidad de ejercer presión y de tensionar las relaciones, necesariamente coloca en actitud de escucha y espera, según el ritmo de la negociación. Esto parece darle sentido al disputar un interés en particular.

Sin embargo, esta obviedad no es tal cuando iniciamos un proceso de articulación lógica entre la modalidad —práctica— y los contenidos de disputa —enunciados—. Para estas consideraciones finales, considero necesario detenerme especialmente en la modalidad y contenidos de disputa de la CPU. Este agente, representante del sector gremial de la psicología, se ubica en una posición social comprometida en el PIPSM, por la referencia directa a la integración de profesionales de la psicología a los cuadros a cargo de otorgar o no la prestación —comités de recepción— y por la prestación en sí misma, la psicoterapia.

Los *habitus* y los términos de conversación y que se ponen en acción a la hora de vincularse éste agente con el campo burocrático y viceversa, ponen de manifiesto distintos aspectos: (i) Desde la CPU se pone en movimiento

nuevamente la enunciación como núcleo problemático, de qué hablamos cuando utilizamos como término *salud mental*; de qué hablamos cuando enunciamos el término *psicoterapia*. (ii) El resguardo de la legitimidad de su formación académica y competencias profesionales para ser considerados en términos de igualdad en el ejercicio de su formación disciplinar. (iii) Las prenociones de los agentes del campo burocrático respecto a los motivos de disputa de la CPU —su campo laboral— en torno a la introducción de las prestaciones de salud mental en el marco del SNIS, lo cual supondría una baja de la consulta psicoterapéutica en consultorios privados.

En el establecimiento de estas disputas las pérdidas y ganancias son parte constituyente del juego de cada agente. Si bien la balanza no parece inclinarse igual, todos los agentes tienen componentes en un lado y otro de la misma. No obstante, la proporcionalidad de tales pérdidas y ganancias parece incidir en la firmeza con la que cada uno ocupe su posición social. Ello parece traducirse en capitales ganados. El capital social adquirido por el propio campo burocrático en la organización institucional y política, permitió una llegada más atenta al interés participativo de cada agente. Casualmente no lo sintió así la CPU, quien no logró realizar un proceso sistemático de monitoreo en el armado del PIPSM, lo cual parece colocarla en una percepción de pérdida en su disputa.

No es un detalle menor el tener presente que los agentes con mayor poder en la toma de decisiones para el campo burocrático, compartieron la misma formación académica de base, la psiquiatría. Y quien no lo fue, tal como ha sucedido en uno de los directores que estuvo en la gestión, debe rápidamente afiliarse a la posición dominante del campo burocrático para mantener su propia tensión en la vorágine por la conquista. Este lugar que ocupa en el campo burocrático lo convierte en «objetivamente cómplice» del resto de agentes que juegan en dicho campo, aun cuando su inscripción en otros campos lo coloque en posiciones aparentemente contradictorias.

C) Posiciones sociales y tomas de posición

Fue iluminador para la comprensión del objeto de estudio, el captar analíticamente no sólo las posiciones sociales, sino las tomas de posición de cada agente. Me interesa aquí particularmente, detenerme en acciones o *habitus* de agentes particulares, bajo el entendido que tal impronta particular nutre al campo en el momento sociohistórico que se esté estudiando.

Por su parte, es de gran lucidez el discurso de quien estuvo al frente de todo el período de hechura del plan de a partir de su cargo como ministro de salud. Su toma de posición se marca a partir de dos grandes lineamientos: ampliar la cobertura y el acceso a psicoterapia en hospitales públicos del país —desmercantilización— y desandar el proceso diagnóstico a partir de la nosografía psiquiátrica —desmedicalizar—. Su toma de posición frente a estas dos consignas implica, al mismo tiempo, la generación de alianzas fuertes que impulsaran la legitimidad de tales enunciados aún en el campo burocrático como en los campos profesional, gremial y académico. No obstante, la correlación de fuerzas parece debilitarse a la hora de disputas internas, principalmente en la tensión entre recursos financieros y la autonomía relativa para gestionarlos.

Otra toma de posición es la que corresponde a la academia y su posición como agentes consultivos. Las docentes entrevistadas y el decano entrevistado esgrimen sus comentarios respecto a uno de los núcleos duros, la valoración de sus capacidades y aptitudes para estar al frente de la implementación de las prestaciones, básicamente la modalidad psicoterapéutica. Los agentes aluden a su desacuerdo por la certificación complementaria de los profesionales para poder ejercer la psicoterapia en el marco del SNIS.

Es elocuente también en su toma de posición otro de los directores entrevistados (período 2005-2009). Este es el único de los directores que señala el

devenir de la disputa por un lugar político —accesible a los recursos— que encuentra sentido en la segunda década del siglo pasado. Su referencia al movimiento social, a la colectivización por un interés común, ya hacia 1986, lo ubican en otro lugar y espacio logrando una mirada sustantiva y a largo plazo.

D) El problema de estudio en su contexto de conocimiento

El investigar en torno a un campo temático en constante movimiento, incluso si de política pública y personas se trata, es desde ya complejo y requiere sucesivos detenimientos para neutralizar todo tipo de distractor o formación de opinión cotidiana. Tal como lo he mencionado en el primer capítulo, el momento sociohistórico que ha transcurrido durante el diseño del proyecto, su implementación y ahora su cierra final, colocan improntas diferentes a cada etapa por la que se ha transcurrido.

Sin embargo, lo llamativo es cómo el pasaje por cada suceso reafirmó la necesidad de ahondar en el estudio de esa realidad. Resulta que el PIPSM es un plan que pasa desapercibido en las consideraciones analíticas de militantes y planificadores de políticas. Me arriesgo a suponer que es precisamente este uno de los analizadores más claros. Este plan plantea un abordaje consustanciado en el proceso vital como un movimiento dialéctico. Sin embargo, es la enfermedad quien mantiene su peso en el resto de la política de salud. Es así como la ley 19529 se aferra a la legislación dirigida al trastorno mental y las personas con trastorno mental. Ley consustanciada en los problemas de la sobre internación en manicomios.

Esto me remite a los supuestos que orientaron la búsqueda. ¿Cuál es la orientación que adquieren las tomas de posición en el diseño del PIPSM? Parecería reafirmarse el supuesto de posiciones dominantes que se refuerzan en el ejercicio de la ilusión participativa. Un «como si» que le otorga

ambigüedad a la vida, lo cual conduce a una dominación del campo que permite manejar sus intereses son grandes obstáculos.

Tal es la fragilidad de un sistema de atención a la salud mental con estas características, que las mismas condiciones sociopolíticas para priorizarlo pueden desfavorecerlo. Este análisis realizado en torno al PIPSM otorga insumos teórico-metodológicos y resultados de investigación que facilitan la profundización de este tipo de investigaciones que se detienen en el microespacio cotidiano —institucional, político y social—. Como productos sociohistóricos, las enunciaciones también varían y se instalan con mayor o menor relevancia en el discurso político y público de diferente manera.

Si se pensara en términos de *la reforma* en salud mental anhelo de muchos, posiblemente se peque de obviedad al decir que el modelo asilar y el tratamiento psiquiátrico-céntrico ya no encuentra caminos posibles para prácticas exitosas en función de los estándares de derechos humanos legitimados a nivel nacional e internacional. Sin embargo, aun así, el país transita por posibilidades certeras de cambios sustantivos en el modelo de atención y el PIPSM demuestra un potencial sustantivo para el corrimiento del monovalente psiquiátrico a servicios de atención polivalente y en articulación concreta entre la asistencia y la promoción de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agamben, G. (2020). “La invención de una pandemia” En Agamben et al. (2020). *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Editorial ASPO. pp. 17-19.
- Alonso, L. (2004). “Pierre Bourdieu, el lenguaje y la comunicación: de los mercados lingüísticos a la degradación mediática”. En Alonso, L.; Criado, E.; Moreno, J. (eds.). *Pierre Bourdieu: las herramientas del sociólogo*. Madrid: Fundamentos.
- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ediciones de la Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2019). *Superar el Manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Colección Fichas para el siglo XXI. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Anzalone, P. (2018). Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Análisis de las formas de democratización de las políticas públicas en materia de salud durante los gobiernos progresistas en Uruguay. Tesis de Maestría. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo: Udelar. FCS.
- Arduino, M. y A. Ginés (2002). “Noventa años de la Colonia Etchepare”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 66 (2), pp. 119-127.
- Arduino, M.; Ginés, A. (2013). “100 años de la Colonia Etchepare”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 77 (1), pp. 59-67.
- Arim, R. (2015). “Prólogo”. En Olesker, D. et al. *Economía, política y economía*

política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay. 6 estudios realizados en los años 2012-2014 en el marco del proyecto interinstitucional sobre 'Avances y consolidación del acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay'". Montevideo: Udelar, OPS, OMS, p. k. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=474-libro-ops-economia-y-cobertura-universal&Itemid=307 [Consultado: 30/12/2020]

Badiou, A. (2020). "Sobre la situación epidémica". En Agamben et al. (2020). *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Editorial ASPO. pp. 67-78.

Batalla, M., Pena, L. de, Martínez, L., Silva, C. (2019). La reforma en la trinchera: obstáculos y potencialidades en las prácticas profesionales para la externación sustentable en el ámbito del hospital psiquiátrico. *Revista Regional de Trabajo Social*, 33 (74), pp. 96-108. Disponible en: <http://www.revistatrabajosocial.com/revista.php?id=74> [Consultado: 26/12/2020]

Barrán, J.P. (1993). "Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya". En Portillo, J.; Rodríguez, J. (comp.). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan.

Barrán, J.P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J.P. (1999). *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos: la invención del cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J.P. (2008). *Historia de la sensibilidad*. Montevideo: Ediciones de la Banda

Oriental.

Becerra, R. (2010). "El Sistema Nacional Integrado de Salud". En Grupo de los Miércoles. *Cuarenta estudios sobre la nueva legislación laboral uruguaya*. Montevideo: FCU, pp. 385-398.

Berenzon, S. et al. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panam Salud Pública*. 33 (4), pp. 252–258.

Berlinguer, G. (2007). *La enfermedad. Sufrimiento, diferencia, peligro, señal y estímulo*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Bertolozzi, M., de la Torre, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina* 1 (1), pp. 24-36. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MiQObRoxl3EJ:revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/Nn/article/download/309/337+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy> [Consultado: 26/12/2020]

Bialakowsky, A. (2016). La circularidad teórica del sentido práctico en la perspectiva de Bourdieu. En *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. Año XI, No. 22. julio-diciembre de 2016. Alejandro Bialakowsky. pp. 1-30. https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ESPANOL/1_NOTAS_PARA_EL_DEBATE_IBEROFORUM_NO_22.pdf [Consultado: 26/12/2020]

Bourdieu, P. (1971) *Campo intelectual y proyecto creador. Problemas del estructuralismo*. México: Siglo Veintiuno.

Bourdieu, P. (1988). *Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

- Bourdieu, P. (1993). “Génesis y estructura del Campo Burocrático”. *Actas de Investigación en Ciencias Sociales*, (96-97), pp.49-62. Disponible en: <http://pierre-bourdieu.blogspot.com/2006/07/gnesis-y-estructura-del-campo.html> [Consultado: 30/12/2020]
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995), *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo .
- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (1996). *La Re-producción, Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Madrid: Editorial Popular.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1998). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2002). “Estrategias de reproducción y modos de dominación”. *Colección Pedagógica Universitaria*, (37-38), pp. 1-21. Disponible en: https://www.uv.mx/cpue/colped/N_3738/C%20Bourdieu%20estrategias%20dominacion.pdf [Consultado: 30/12/2020]
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Bourdieu, P. (2006). “La lógica de los campos”. En *Ciencias Sociales Hoy Weblog*. Disponible en: <http://aquevedo.wordpress.com/la-logica-de-los-campos-por-pierre-bourdieu/> [Consultado: 30/12/2020]
- Bourdieu, P. (2007). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
-

- Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Bourdieu, P. (2013). *La nobleza de estado., educación de elite y espíritu de cuerpo..* Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Bourdieu, P. (2015). *Sobre el Estado. Cursos sobre el Collège de France (1982 1992)*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2019). *Curso de sociología general I. Conceptos fundamentales*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Breilh, J. (1994). “Dialéctica de lo colectivo en epidemiología”. En Costa M. y Souza, R. (org.). *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed, pp.135-145.
- Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Bulcourn, P y Cardozo, N. (2011.). Apuntes para una teoría del campo político: poder, capital y política en la obra de Pierre Bourdieu. *Crítica Contemporánea. Revista de Teoría Política*. [online] n.1, pp. 274-293. Disponible en: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7456/1/CC_Bulcourn_Cardozo_2011n1.pdf. [Consultado: 30/12/2020]
- Butler, J. (2020). “El capitalismo tiene sus límites”. En Agamben et al. (2020). *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. Editorial ASPO. pp. 59-65.
- De Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar.
- de León, N. (2013). “Procesos de Reformas en la región y en nuestro país: del modelo
-

manicomial al abordaje comunitario”. En de León, N. (coord.). *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas de salud mental*. Montevideo: Udelar. CSIC, Psicolibros-Waslala. pp. 87-93

de Pena, L.; Lema, S.; Silva, C. (2015). El concepto de incapacidad jurídica y su implicancia para el campo de la salud mental desde una perspectiva bioética. Disponible en: http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2016/06/Mesa-Tem%C3%A1tica-Salud-Mental_-de-Pena-Lema-Silva.pdf [Consultado: 26/12/2020]

De Souza, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.

Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias: familia, sociedad y poder*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Dubois, V. (2015). “La acción del Estado, producto y objeto de disputa de las relaciones entre espacios sociales”. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales*, (4), pp. 18-33.

Fernández, B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de salud mental en el Uruguay progresista*. Montevideo: Udelar. CSIC.

Fernández, J. (2012). “Capital simbólico, dominación y legitimidad. Las raíces weberianas de la sociología de Pierre Bourdieu”. *Papers: Revista de Sociología*, 98, pp. 33-60. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305875791_Capital_simbolico_dominacion_y_legitimidad_Las_raices_weberianas_de_la_sociologia_de_Pierre_Bourdieu [Consultado: 15/12/2020]

Frankel, D. (2008). *Medicalización de la vida. Salud pública y eugenesia social*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

- Frankel, D. (2015). *Eugenesia Social. Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida*. Buenos Aires: El Ágora.
- Fuentes, G. (2010). “El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que lo hicieron posible”. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 19 (1), pp. 119-142. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rucp/v19n1/v19n1a05.pdf> [Consultado: 16/12/2020]
- Fuentes, G. (2013). *La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2012): impulso reformista con freno desde los puntos y actores de veto*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset. Madrid: UCM.
- Galende, E. y Kraut, R. (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Ginés, A. (1998a). “Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 62 (2), pp. 37-40. Montevideo: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- Ginés, A. (1998b). *Noventa años de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de medicina*. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias94/art11.htm> [Consultado: 06/12/2020]
- Ginés, A. (2013). “Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de

Salud”. En de León, N. (coord.). *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas de salud mental*. Montevideo: Udelar. CSIC, Psicolibros-Waslala. pp. 37-50

Hacking, I. (1991). *La domesticación del azar: la erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona: Gedisa

Institución Nacional de Derechos Humanos (2018). *Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura-Uruguay*. Montevideo: INDDHH.

Lasch, C. (1996). *Refugio en un mundo despiadado: reflexión sobre la familia contemporánea*. Barcelona: Gedisa.

Lausarot, M. et al. (2010). *La inserción de los seguros privados en el Sistema Nacional Integrado de Salud: financiamiento e impacto*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de la República. Montevideo: FCEA.

Levcovitz, E. (2015). “Prólogo. La contribución del abordaje de Economía Política del Sector Salud a la orientación estratégica de la cooperación de la OPS/OMS en Uruguay”. En Olesker, D. et al. *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay. 6 estudios realizados en los años 2012-2014 en el marco del proyecto interinstitucional sobre `Avances y consolidación del acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay`*. OPS, OMS, pp. m-t. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=474-libro-ops-economia-y-cobertura-universal&Itemid=307 [Consultado: 26/12/2020]

Martínez, A. (2007). *Pierre Bourdieu. Razones y lecciones de una práctica*

sociológica. Buenos Aires: Manantial.

Meichsner, S. (2007). “El campo político en la perspectiva teórica de Bourdieu”. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 2 (3), pp. 1-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2110/211015576006> [Consultado: 26/12/2020]

Mitjavila, M. (1992). “Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización”. En Cuadernos del CLAEH N° 62, 2° serie. Año 17. pp. 37-46. Montevideo: CLAEH.

Mitjavila, M; Da Silva, C. “Globalização, modernidade e individualização social”. *Revista Katálysis*, vol. 7, N° 1, 2004.

Moreira, K. et. al (2012). “(Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização”. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14 (1), pp 40-54.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

Narbondo, P. (2014). *Estado Neoliberal, Estado Desarrollista y Estado de Bienestar Universalista*. Documento on line, n°2/14. Montevideo: Departamento de Ciencias Políticas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Nunes, E. (1994). “Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. En Campos et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, pp. 295-315.

Olesker, D. et al. (2015). “Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política

y estado actual de la política pública de salud”. En Olesker, D. et al. *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay. 6 estudios realizados en los años 2012-2014 en el marco del proyecto interinstitucional sobre `Avances y consolidación del acceso y la cobertura universal de salud en Uruguay`*. Montevideo: Udelar, OPS, OMS, pp. 9-44. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=474-libro-ops-economia-y-cobertura-universal&Itemid=307 [Consultado: 26/12/2020]

Ortega, E. (2008). *Los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: Trilce.

Ortega, E. y Vecinday, L. (2009). “De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social”. *Revista Fronteras*. 5, pp 11-20.

Ortega, E. (2011). *Medicina, religión y gestión de lo social: un análisis genealógico del servicio social en Uruguay (1955-1973)*. Montevideo: Udelar.

Palacios, A. e Iglesias, M. (2017). “La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. La salud mental y los derechos humanos. ¿Logros para mañana?” En Grupos de Trabajo en Salud Mental Comunitaria-UdelaR. *Salud mental, comunidad y derechos humanos*. Montevideo: Psicolibros. pp. 15-49.

Pascuales, E. (2011). “La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (110), pp. 345-351.

Peña, W. (2009). “La violencia simbólica como reproducción biopolítica del poder”. *Revista Latinoamericana de Bioética*, Volumen 9 / Número 2 / Edición 17 /

Páginas 62-75 Disponible en:
<https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/r/bi/article/view/1060>
[Consultado: 26/12/2020]

Piñero, S. (2008). “La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: una articulación conceptual”. *Revista de Investigación Educativa*, (7), pp. 2-19. Disponible en:
<http://www.ewdalyc.org/articulo.oa?id=2831/283121713002> [Consultado: 15/12/2020]

Portillo, J. (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 11, pp. 5-18. Disponible en:
<http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf> [Consultado: 20/12/2020]

Rapetti, M. y Soto, P. (2009). *Análisis y perspectivas del proceso de reforma del sistema nacional integrado de salud en Uruguay, con énfasis en el financiamiento de los prestadores*. Tesis de grado. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Montevideo: Udelar. FCEA.

Samaja, J. (2014). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar.

Setaro, M. y Fuentes, G. (2012). “Segunda etapa de la Reforma de Salud, navegando entre Escila y Caribdis”. *En Instituto de Ciencia Política. Informe de coyuntura N°11*. Política en tiempos de Mujica II. Un balance en mitad de camino. Montevideo: Estuario.

Setaro, M. (2013). *La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay (2005-2012). Innovación y continuidad en la construcción de un Estado social con inspiración desarrollista*. Montevideo: Udelar. FCS. Disponible en:

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8017/1/TD_SetaroMarcelo.pdf [Consultado: 16/12/2020]

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay et al. (2017). “Acerca del Proyecto de Ley de Salud Mental aprobado en el Senado de la República”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81 (1), pp. 72-82. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/09/07_ASM1.pdf [Consultado: 23/12/2020]

Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Udelar. CSIC.

Testa, M. (2006). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar.

Viana, A.; Silva, H. y Elias, P. (2007). “Economía Política da Saude: introduzindo o debate”. *Divulgação em Saúde para Debate: Revista Brasileira de Estudos de Saúde* (37), pp. 7-20.

Documentos y normativa citada

Cumbre Judicial Iberoamericana (2008). *Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad*: ONU

Organización de las Naciones Unidas (1996). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*: ONU

Organización de las Naciones Unidas (1996). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*: ONU

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*: ONU

Organización de las Naciones Unidas (2006). *Convención de los Derechos del Niño*: ONU

Organización de las Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). *Observaciones finales sobre el informe inicial del Uruguay*. Montevideo: ONU.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Programa Mundial de Acción en Salud*: OMS

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*: OMS

Uruguay. Poder Legislativo (1936). *Ley 9581. Psicópatas*. Montevideo: PL.

Uruguay. Poder Legislativo (1949). *Ley 11139. Patronato del Psicópata*. Montevideo: PL.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. Montevideo: MSP.

Uruguay. Poder Legislativo (1967). *Constitución de la República*. Montevideo: PL

Uruguay. Poder Legislativo (1989). *Ley 16095. Protección Integral de las Personas Discapacitadas*. Poder Legislativo. Montevideo: PL.

Uruguay. Poder Legislativo (2007). *Ley N°18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud*. Poder Legislativo. Montevideo: PL.

Uruguay. Poder Legislativo (2008). *Ley 18335. Pacientes y usuarios de los servicios de salud*. Montevideo: 2008.

Uruguay. Poder Ejecutivo (2008). *Decreto 379/008., Investigación en Seres*

Humanos. Montevideo: PE.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2010). *Ordenanza Cartilla de Derechos de Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP.

Uruguay. Poder Legislativo (2010). *Ley 18651. Protección Integral de las Personas con Discapacidad*. Poder ejecutivo. Montevideo: PL.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental*. Montevideo: MSP.

Uruguay. Poder Legislativo (2017). *Ley 19529. Ley de Salud Mental*. Montevideo: PL.

Uruguay. Poder Ejecutivo (2019). *Decreto 158/019. Investigación en Seres Humanos*. Montevideo: PE.

Material de prensa:

El País (2015). “Murió paciente mordido por perros”. En *El País*. 26 de marzo de 2015. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/murio-paciente-mordido-perros-etchepare-atacaron.html> [Consultado: 23/12/2020]

El Observador (2017). “Organizaciones cuestionan que Ley de Salud Mental colabora en estigmatización”. En *El Observador*. 8 de agosto de 2017. Disponible en: <https://www.elobservador.com.uy/nota/organizaciones-cuestionan-que-ley-de-salud-mental-colabora-en-estigmatizacion-20178812120> [Consultado: 23/12/2020]

La Diaria (2020). “En medio de la pandemia, hace un mes que el Vilardebó no permite el egreso de personas que tienen el alta médica”. En *La Diaria*. 5 de

mayo de 2020. Disponible en:
<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/5/en-medio-de-la-pandemia-hace-un-mes-que-el-vilardebo-no-permite-el-egreso-de-personas-que-tienen-el-alta-medica/> [Consultado: 23/12/2020]

WEB

Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015). *Ante Proyecto de Ley de Salud Mental. Octubre de 2015*. Disponible en: http://asambleainstituyente.blogspot.com/p/blog-page_25.html [Consultado: 23/12/2020]

Asociación Civil por la igualdad y la justicia (2020). *Coronavirus en los manicomios: doble encierro y falta de cuidados*. Disponible en <https://acij.org.ar/coronavirus-en-los-manicomios-doble-encierro-y-falta-de-cuidados/> [Consultado: 26/12/2020]

de Pena, L., Silva, C., Techera, A. (2020). *Sobre la instrumentación de la Ley de Salud Mental y los componentes para una reforma de la atención en el campo de la salud mental*. Disponible en: <https://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2020/11/S%C3%ADntesis-actividad-14.10.pdf> [Consultado: 06/12/2020]

Facultad de Psicología (2020). *Los orígenes de la psicología en Uruguay*. Disponible en: <https://psico.edu.uy/institucional/facultad/historia>. [Consultado: 23/12/2020]

Hernández, P. (2020). *Tratamiento neuroquirúrgico de trastornos psiquiátricos refractarios*. Disponible en: <https://www.sunc.com.uy/neuropsiquiatria.html> [Consultado: 6/12/2020]

Institución nacional de ddhh <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/inddhh-comision-nacional-contralor-atencion-salud-mental-proponen-avanzar>

Irrazabal, E. (2017) *Orígenes de la Psicología en el Uruguay*. Disponible en: <https://psico.edu.uy/institucional/facultad/historia> [Consultado: 06/12/2020]

Institución Nacional de Derechos Humanos (2020). *La INDDHH y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental proponen avanzar hacia el cierre definitivo*. Disponible en: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/inddhh-comision-nacional-contralor-atencion-salud-mental-proponen-avanzar> [Consultado: 06/12/2020]

Organización Mundial de la Salud (2020). Determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/ [Consultado: 06/12/2020]

ANEXO

Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental



BICENTENARIO
URUGUAY
1811 - 2011



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

ÁREA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Programa Nacional de Salud Mental

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Junio 2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	4
JUSTIFICACIÓN	5
FIJACIÓN DE PRIORIDADES	7
PROPÓSITO - OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
PRESTACIONES ADULTOS	9
PRESTACIONES NIÑOS Y ADOLESCENTES	16
ACTIVIDADES	24
DISPOSICIONES GENERALES	25
MONITOREO-EVALUACIÓN	26
RECURSOS	28
CRONOGRAMA	28
RESPONSABLES DEL PLAN Y PARTICIPANTES	29
TRABAJOS - DOCUMENTOS PREVIOS	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUCCIÓN

Este Plan se enmarca en el contexto de la Reforma del Estado y en la profundización de la Reforma Sanitaria.

Desde el año 2005 nuestro país se aboca a cursar una reforma en su Sistema de Salud, la cual toma cuerpo a partir de un conjunto de normas desde el año 2007, pudiendo ser considerada como la más importante de su historia.¹

Los principios rectores de la misma procuran asegurar en forma *universal* y *equitativa* los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población.

Es primordial mejorar la accesibilidad a todos ellos, de forma tal que cada cual reciba atención de calidad de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad económica. Así se tiende a salvar diferencias injustas y evitables, principio fundamental para lograr la equidad.

En ese sentido el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha iniciado una reestructura creando en el último año el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), orientado a que los programas de salud sean verdaderas herramientas de transformación sanitaria.

De dicho Departamento depende el Área de Promoción y Prevención en Salud (APROPYEN), dentro del cual se enmarca el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), al cual este Ministerio ha considerado como uno de sus programas prioritarios.²

El concepto de Salud Mental es inseparable del concepto de Salud Integral. Si bien tiene su especificidad en cuanto a sus formas de abordaje y comprensión, es parte indisoluble del mismo. En este sentido, desde una concepción integral, todos aquellos aspectos vinculados con la Salud Mental deben incluirse en las diferentes formas de abordaje.

Se propone entonces como objetivo para el final del período, poder contar en todos los efectores integrales con un abanico de **prestaciones en Salud Mental**, accesibles a los usuarios del sistema. Estas prestaciones se integrarán al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de setiembre de 2011, con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, de acuerdo con el presente Plan.³

ANTECEDENTES

La Salud Mental a lo largo de la historia de la humanidad ha estado atravesada por grandes desigualdades e inequidades, producto de diversos prejuicios y de las diferentes concepciones que dificultaron el acercarse a un entendimiento de las problemáticas inherentes. Exige entonces un alto grado de compromiso y de participación de todos los sectores involucrados.

En nuestro país el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en el año 1986 fue promovido por un amplio movimiento desde múltiples sectores de la población organizada (grupos de familiares de personas con trastornos mentales, Universidad de la República (UDELAR), sociedades científicas y gremiales). De éste surgen la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) y el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM).⁴

Asimismo, el organismo rector (MSP) del cuál emanan los lineamientos programáticos, trabaja conjuntamente con la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata creada en 1948, para dar un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales.⁵

A partir de 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE - MSP) desplegó un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental (ESM), lográndose resultados disímiles, dependiendo en general de iniciativas aisladas ya que actuaron escindidos dentro del sistema sanitario.

En el año 2005 se crea la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de operativizar el Plan. Se plantean desarrollos coordinados y acciones en conjunto con el resto del sistema, considerándose que el PNSM transversaliza a todos los programas prioritarios que se van definiendo.

En el Documento Programático de la CATP del PNSM, del mismo año, junto a las transformaciones en la asistencia a los enfermos mentales y en salud mental articuladas por ese programa, se puntualiza la problemática histórica (marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales). De igual modo, la prevalencia de “fin de siglo”, las situaciones de violencia, el consumo riesgoso de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y complicaciones y las nuevas modalidades de padecimiento en la vida cotidiana.⁶

Los desarrollos del PNSM deberán incorporarse al Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS) al que el país se encuentra abocado, de acuerdo a los cambios en el modelo de atención y de gestión y siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios.

Dado que la salud mental es uno de los componentes de la salud integral de las personas, dentro del cambio de modelo resultan imprescindibles las acciones en Salud Mental, siendo condición necesaria priorizar y articular las

mismas en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema, a fin de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia.

Dentro de las áreas de desarrollo, percibidas como de importancia para el PNSM, se destacan:

- Las acciones de las áreas de prevención y promoción en Salud Mental, que contribuyan a vencer la discriminación de la que son objeto las personas con trastornos mentales y la detección precoz de las patologías, priorizando las acciones tendientes a evitar el surgimiento de las mismas.

- La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilológico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio.

En el año 2007, siguiendo los lineamientos programáticos se profundizan los desarrollos principalmente por el efector público ASSE.⁷

Como resultado del Grupo de trabajo N° 6 de la CATP (Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia) se plasman en el mismo año una serie de recomendaciones acerca de las que constituyen, junto a otros aportes, un punto de partida fundamental hacia la integración de estos abordajes a los servicios de salud.⁸

JUSTIFICACIÓN

Un cambio en el modelo de atención como el que plantea el SNIS implica comprender que la enfermedad no es solo un fenómeno individual y está directamente vinculada al entorno familiar y social, que puede actuar como agravante o protector.⁹

De igual modo la forma de entender las diferentes problemáticas, contempla también la multidisciplina como herramienta válida e indispensable para el abordaje de las diferentes situaciones de salud y enfermedad sobre las cuales sea necesario intervenir.

De acuerdo con los principios rectores consensuados, la Salud Mental como un derecho humano fundamental y -por tanto- las intervenciones psicosociales y la psicoterapia y otras formas de preservarla o recuperarla como derechos deben estar accesibles a todos los ciudadanos.¹⁰

Un abanico de **prestaciones en Salud Mental**, con accesibilidad para todos los usuarios, no solo es esperable que repercuta en esta área, sino que logre cambios en diferentes aspectos de la conducta, tanto en la mente como en el cuerpo y en el mundo externo, beneficiándose no solamente la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud.

Así, estas prestaciones permitirán descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos. Esto además de acompañarse de un ahorro en el gasto, repercute en todo aquello que implica el beneficio de poder promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos. De esta forma se produciría una baja de costos y ahorro en el gasto social.

Hasta la fecha el paquete de prestaciones obligatorias en Salud Mental que integra el Plan Integral de Asistencia en Salud (PIAS), de acuerdo a lo consignado en el Catálogo de Prestaciones, no considera los abordajes aquí planteados.

A instancias de las Direcciones del PNSM del último período, se trabajó hacia la incorporación de estas nuevas prestaciones en Salud Mental siguiendo los principios de la Reforma.

A punto de partida de las producciones previas, en el año 2010, comienza a elaborarse el presente Plan. Se tomó como base el documento sobre psicoterapias elaborado por la CATP, las experiencias de las Facultades de Medicina y Psicología y otras del campo internacional.¹¹

En este Plan se trata la implementación de algunas intervenciones psicosociales y abordajes psicoterapéuticos, en el entendido que éstos se basan en la relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos.¹²

Se han encontrado algunas dificultades en la concreción del proyecto que se venía gestando desde tiempo atrás, vinculadas a lo que tiene que ver con los escasos antecedentes en nuestro país y en el resto del mundo. Se debió por tanto, revisar bibliografía y formas de instrumentación en otros lugares con los cuales pudiera establecerse algún punto de comparación con relación al sistema de salud.

Se convocó a reuniones de expertos para recabar la opinión de autoridades en la materia o referentes calificados, el conocimiento de las buenas prácticas basadas en la evidencia, la búsqueda de acuerdo de criterios, la fijación de prioridades y la revisión bibliográfica, lo que posibilitó la elaboración de los documentos preliminares de éste Plan. En ese sentido, también se realizaron coordinaciones estrechas intrainstitucionales (con otros Programas y otros sectores del MSP), interministeriales (Ministerio de Economía y Finanzas) e interinstitucionales (con UDELAR, Federación Uruguaya de Psicoterapia-FUPSI, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay-CPU, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay-SPU y otras).

Si bien pocos son los datos sobre los requerimientos de estas prestaciones, existe la detección, a través de la evidencia constatada por referentes con gran experiencia, por las demandas de servicios realizadas por parte de usuarios y por la percepción de los trabajadores de la salud, de la existencia de la necesidad insatisfecha carente de respuestas universalizadas.

Por ende, se diseñaron las prestaciones que se incluyen en el Plan, con base en las diversas experiencias recabadas, así como de otras existentes tanto a nivel público como privado.

A modo de ejemplo de diversos abordajes psicoterapéuticos podemos citar el Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, el cual funciona desde hace 23 años, el de la Clínica Pediátrica del Hospital de Niños y otros dentro de la órbita de la Facultad de Medicina y Psicología. Existen también algunas experiencias en modalidad individual y grupal a nivel de los ESM de ASSE, el convenio por el sistema de Asistencia Integral del MSP con la Facultad de Psicología, la atención en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IMM) y barriales y escasas experiencias en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y en empresas. La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) cuenta asimismo con un servicio de aranceles sociales diferenciales.

Es importante destacar que este tipo de prestaciones en nuestro país salvo las citadas anteriormente en las instituciones públicas, requieren de un pago y se han vinculado en forma mayoritaria al ámbito particular, resultando por tanto de baja accesibilidad para la mayoría de la población.

Resultará de gran importancia su implementación y monitoreo permitiendo obtener datos epidemiológicos, siendo estos un insumo de gran relevancia para el país. Permitirán realizar mediciones de impacto así como hacer el seguimiento y adecuación a las nuevas necesidades que pudieren surgir.

Corresponde enfatizar que este plan implica un campo dinámico y por tanto estará sujeto a las renovaciones que fueren necesarias, con el fin de dar respuestas adecuadas y de calidad adaptadas a las posibilidades de cada momento.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES

La prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial es muy alta. Estos trastornos contribuyen a la morbilidad, discapacidad y hasta la mortalidad prematura.

Estudios epidemiológicos muestran diferentes tasas de prevalencia, pero se calcula que una de cada cuatro personas padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida.

Si se discriminan adultos de niños, en éstos últimos la prevalencia oscila entre el 10 y 15% referida a trastornos que pueden llegar a instalarse en forma permanente, de no tener un abordaje temprano y eficaz.¹³

Pese a esto, existe una brecha significativa entre las necesidades terapéuticas de estas poblaciones y la falta de atención a las mismas; y si nuevamente discriminamos entre adultos, y niños y adolescentes, en estos últimos la brecha es aún mayor. Esto pone de relieve que los servicios de salud no están brindando respuesta adecuada y efectiva a la demanda y que la atención a los

grupos vulnerables o en riesgo con necesidades especiales requiere de una consideración prioritaria.

Los factores de riesgo y de protección se han identificado en las diferentes etapas de la vida y muchos de ellos pueden modificarse.

Las terapéuticas en trastornos mentales se equiparan hoy a los mejores niveles de la medicina y están fuertemente comprobadas, lo que justifica su inclusión en las prestaciones.¹⁴

La inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS implica:¹⁵

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.

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.

OBJETIVO GENERAL

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.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se describen los objetivos específicos correspondientes a las Etapas de Ejecución (Nuevas Prestaciones) y de Evaluación del Plan.

NUEVAS PRESTACIONES

La población usuaria comprende a los niños, adolescentes y jóvenes y adultos de todos los efectores integrales del país.

Se distinguen tres **MODOS** de abordaje.

Por razones prácticas se describen por separado los objetivos concernientes a jóvenes y adultos por una parte, y a niños y adolescentes por otra.

Se toman como criterio que: la niñez comprende a los menores de 10 años; la adolescencia las franjas etarias de 10 a 14 años inclusive y de 15 a 19; la juventud de 20 a 25 años inclusive y a partir de esta edad los adultos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS, POBLACIÓN OBJETIVO, METAS Y METODOLOGÍA

ADULTOS

Los prestadores integrales deberán asegurar:

En el **MODO 1** la atención en **grupo** con carácter **gratuito** y hasta **16 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, de pareja, familia o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en el modo 2. La prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Realizar intervenciones grupales (MODO 1)

Estas intervenciones grupales estarán dirigidas a las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Familiares o referentes afectivos de personas con Uso Problemático de Sustancias (cocaína, pasta base de cocaína).
2. Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10).¹⁶
3. Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).
4. Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.
5. Personas en situación de violencia doméstica.
6. Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
7. Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
8. Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.

METAS

Asegurar la **atención grupal del 100% de las poblaciones descritas en el objetivo 1**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

No se admitirán listas de espera para el cumplimiento de esta prestación.

Orientaciones

- **De los grupos:**

- a) Serán **abiertos** a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados).
- b) El **máximo de integrantes será de 15** y estarán a cargo de **dos técnicos coordinadores** (el primer año, período **2011-2012**, se admitirán **grupos con un solo técnico** en caso de razones justificadas).

- **De los mecanismos de acceso:**

- a) Se accederá **libremente o por derivación**.
- b) El coordinador del grupo **entrevistará** al postulante **antes de los 15 días** de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista.
- c) Si el coordinador entendiera que no es pertinente su inclusión en el Modo 1 lo derivará al comité de recepción o según considere.
- d) Estas derivaciones podrán hacerse también al finalizar el número de sesiones estipuladas.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Uno de los coordinadores deberá tener título universitario de Psicólogo o Psiquiatra y contar con experiencia específica documentada en abordajes psicoterapéuticos grupales.
- b) El otro coordinador contará con una formación de grado en Medicina o Psicología y en algunas temáticas se admitirán egresados de otras profesiones tales como Enfermería, Servicio Social y Operadores Terapéuticos.

- **De los usuarios:**

El usuario no podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar su participación en el que ya se encuentra inscripto.

Objetivo Específico 2:

Brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal (MODO 2)

Estará dirigida a las **poblaciones objetivo** siguientes:

1. Usuarios con IAE.
2. -Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive y,
-Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud.

METAS

Asegurar la **atención psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal al 100%** de las poblaciones **descriptas en el objetivo 2**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción**.

Solicitada la prestación el usuario **deberá ser recibido por el Comité de Recepción antes de los 30 días**.

Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio a la prestación**.

Se considerará que a partir de Enero del año 2013 los plazos anteriormente mencionados sean hasta 15 días respectivamente.

En caso de **IAE**, deberá ser recibido por el Comité de Recepción **antes de las 48 horas**. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la **prestación**, si correspondiera, **sin previo tiempo de espera**.

En el caso de usuarios con **consumo problemático de sustancias** los **tiempos de espera** para la entrevista con el Comité de Recepción y para dar inicio a la prestación **no serán mayores a 1 semana** respectivamente.

Orientaciones

- **De los abordajes psicoterapéuticos:**

- a) Serán **individuales, de pareja, familia o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Los grupos tendrán un **máximo de 12 integrantes**.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción por alguna de las vías siguientes:

- Iniciativa del usuario.
- Derivación desde equipo de salud.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

- **De los técnicos del Comité de Recepción:**

Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo:

- Uno de sus miembros deberá ser Médico Psiquiatra.
- Otro ser Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- Otro podrá ser Licenciado en Trabajo Social.
- Todos sus integrantes deberán tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) El 70% deberá ser Médico Psiquiatra, Licenciado en Psicología o Psicólogo, y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años, y con experiencia en psicoterapia.
- b) Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo y con experiencia en psicoterapia (sin formación específica completa).

- **De los usuarios:**

- a) En caso de abandono deberá esperar un mínimo de seis meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.
- b) En caso de finalización de un tratamiento, para solicitar nuevamente la utilización de la prestación del mismo Modo, deberá haber transcurrido un plazo mínimo de dos años.
- c) Para los casos de IAE no se consideraran los plazos estipulados en los puntos a y b.

Objetivo Específico 3:

Proporcionar atención individual y/o grupal (MODO 3)

Esta atención psicoterapéutica estará **orientada a la rehabilitación** de las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias: cocaína, pasta base de cocaína.
2. Usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). Comprende a portadores de Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar (F20 y F31).

METAS

Asegurar la **atención psicoterapéutica individual o grupal al 100%** de las poblaciones **descriptas en el objetivo 3**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** (de acuerdo a las características descritas en el Modo 2). Solicitada la prestación el usuario deberá ser recibido por el mismo **antes de los 30 días**.

Luego de realizada la indicación por el Comité, la institución tendrá **30 días** para dar inicio a la prestación.

En el caso de usuarios con **Consumo Problemático de Sustancias**, los tiempos de espera no serán mayores de **1 semana**.

En el caso de **usuarios con TMSP**, los mismos deberán contar con un Médico Psiquiatra de referencia.

Orientaciones

- **De las prestaciones:**

- a) Serán **individuales y/o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Estarán a cargo de un técnico con formación psicoterapéutica. Podrán incluir otros técnicos con formación específica según lo requieran las orientaciones.

- c) Cada grupo tendrá un máximo de **15 integrantes**.
- d) Las frecuencias se adaptarán de acuerdo a las necesidades de cada plan terapéutico, con un mínimo de una sesión **semanal**.
- e) Se podrá renovar los tratamientos de usuarios que requieran mayor tiempo que el estipulado en este Modo.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

- Por iniciativa del usuario.
- Derivación del Equipo de Salud.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o 2.

- **De los técnicos del Comité de Recepción:**

Según descripción efectuada en Modo 2.

Deberán además evaluar y resolver la renovación de la prestación.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Deberán ser Médico Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- b) Contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años y experiencia en psicoterapia.
- c) Podrán incluir otros técnicos con formación específica de acuerdo a los requerimientos.

- **De los usuarios:**

En caso de solicitar el reingreso a la prestación luego de abandono, el mismo deberá considerarse por parte del Comité de Recepción.

NIÑOS y ADOLESCENTES

En el **MODO 1** los prestadores integrales asegurarán la **atención en grupo** con carácter **gratuito** y hasta **12 sesiones anuales** para cada usuario.

En el **MODO 2** asegurarán la atención **individual, grupal o de familia**, hasta **24 sesiones anuales** para cada usuario y con un **copago preestablecido**.

En el **MODO 3** asegurarán la atención **individual y/o grupal**, hasta **48 sesiones anuales** para cada usuario, con un **copago menor** al establecido en el nivel 2.

En situaciones de **discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista**, la prestación podrá extenderse a **144 sesiones**.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1:

Realizar intervenciones grupales, o grupos talleres (MODO 1)

Estas **intervenciones grupales o grupos talleres** estarán dirigidas a las siguientes **poblaciones objetivo**:

1. Padres (o familiares) con hijos en edad pre-escolar, escolar y adolescente (grupos-talleres de orientación en desarrollo y crianza).
2. Padres (o familiares o referentes afectivos) con hijos con discapacidad mental, física o trastornos del espectro autista.
3. Adolescentes (Espacios de intercambio).
4. Embarazadas primerizas.
5. Puérperas primerizas y/o pareja parental primeriza.
6. Madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión.
7. Educadores y cuidadores de niños de la primera infancia (Grupos-talleres de orientación).
9. Niños con dificultades en la inserción escolar.
10. Niños con indicación de intervenciones quirúrgicas (psicoprofilaxis quirúrgica).

METAS

Asegurar la atención **grupal** del **100% de las poblaciones correspondientes** del objetivo 1, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

No se admitirán listas de espera para el cumplimiento de esta prestación.

Para madres dentro del primer año posparto con indicios de depresión y niños que requieran un abordaje de psicoprofilaxis quirúrgica, la prestación podrá brindarse en forma grupal o individual, incluyéndose dispositivos para la atención domiciliaria de ser necesario.

Orientaciones

- **De los grupos:**

- a) Serán **abiertos** a la entrada y salida de participantes (como excepción y por razones técnicas fundamentadas se aceptarán grupos cerrados).
- b) El **máximo de integrantes será de 15** y estarán a cargo de **dos técnicos coordinadores** (el primer año, período **2011-2012**, se admitirán **grupos con un solo técnico** en caso de razones justificadas).

- **De los mecanismos de acceso:**

- a) Se accederá libremente o por derivación de cualquier técnico de la institución.
- b) El **coordinador del grupo entrevistará** al postulante antes de los **15 días** de efectuada la demanda, pudiendo el usuario comenzar en el grupo antes de realizada la entrevista.
- c) Si el coordinador entendiera que no corresponde su inclusión en el Modo 1 lo derivará:
 - al Técnico de la institución pertinente, o
 - al Comité de Recepción (para inclusión en el Modo 2 o Modo 3, de adultos o niños según corresponda).
- d) Estas derivaciones podrán hacerse también al finalizar el número de sesiones estipuladas.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Al menos uno de los coordinadores deberá contar con título universitario de Psiquiatra o Psicólogo y una formación específica documentada en el trabajo grupal de alguna de las disciplinas de la Salud Mental.
- b) El otro coordinador contará con una formación de grado en Medicina o Psicología y en algunas temáticas se admitirán otros técnicos tales como Licenciados de Enfermería o de Trabajo Social y Operadores Terapéuticos con formación específica en las temáticas en que participen.

- **De los usuarios:**

De necesitar la inclusión a más de un grupo, los coordinadores evaluarán antes del comienzo la pertinencia del ingreso y/o la derivación a otro Modo. En el caso de usuario adulto solo se permitirá la pertenencia a un grupo.

Objetivo Específico 2:

Brindar atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia (MODO 2)

Esta atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia estará dirigida a las **poblaciones objetivo** siguientes:

1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño.
2. Niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje.
3. Niños y adolescentes con problemas situacionales y/o adaptativos: situaciones de violencia, abandono, pérdida de un familiar cercano o referente afectivo, separación de los padres, migración, dificultades de relación con pares, portadores de enfermedades orgánicas crónicas e hijos de personas con enfermedades mentales severas y/o adicciones.
4. Niños que tengan una intervención quirúrgica de alta complejidad.
5. Niños y adolescentes con IAE.

METAS

Asegurar la atención psicoterapéutica individual, grupal o de familia al **100% de las poblaciones correspondientes** a partir del 1º de setiembre del 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** y al igual que en el Modo 2 de adultos:

- Recibirá al usuario una vez solicitada la prestación **antes de los 30 días**.
- Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio** al tratamiento.
- En caso de **IAE**, deberá ser recibido por el Comité de Recepción **antes de las 48 horas**. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la prestación, si correspondiera, **sin previo tiempo de espera**.

Orientaciones

- **De los abordajes psicoterapéuticos:**

- a) Serán **individuales, grupales o de familia** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Los abordajes individuales estarán a cargo de al menos un técnico con experiencia y formación psicoterapéutica. En los grupales o de familia estarán a cargo de 2 coordinadores.
- c) Funcionarán en lugares y días fijos (en algún caso justificado en el domicilio del paciente).
- d) Cada grupo tendrá un **máximo de 10 integrantes**.
- e) Se propiciará que los técnicos mantengan entrevistas periódicas con padres y educadores.

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción por alguna de las siguientes vías:

- Iniciativa del usuario.
- Derivación del equipo de salud.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

- **De los técnicos Comité de Recepción:**

- a) Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo:

- Uno de sus miembros debe ser Psiquiatra Pediátrico.
- Otro debe ser Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- Otro podrá ser Licenciado en Trabajo Social.
- Al menos uno de sus integrantes debe tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica en niños y adolescentes.

- b) Podrá:

- Indicar la prestación del Modo que considere pertinente.
- Realizar la derivación a equipo de Salud Mental, Psiquiatra, Licenciado en Trabajo Social u otro técnico.
- Derivar a otras formas de tratamientos especializados en niños.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) El 70 % deberá ser Médico Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrico o Licenciado en Psicología o Psicólogo y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 2 años y con experiencia en psicoterapia.

- b) Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Grado en Medicina o Licenciado en Psicología, o Psicólogo, o profesional de la salud, u operador terapéutico y con experiencia en psicoterapia.

- **De los usuarios:**

- a) En caso de abandono del tratamiento se deberá esperar un mínimo de tres meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.

- b) En caso de finalización de un tratamiento, para solicitar nuevamente la utilización de la prestación del mismo Modo, deberá haber transcurrido un plazo mínimo de dos años.

- c) Para los casos de IAE no se consideraran los plazos estipulados en los puntos a y b.

Objetivo Específico 3:

Proporcionar atención psicoterapéutica individual y/o grupal **(MODO 3)**

La atención psicoterapéutica individual y/o grupal que incluirá entrevistas con adultos referentes, tendrá como **población objetivo** a niños y adolescentes con:

1. Dificultades de aprendizaje específicas no resueltas en el Modo anterior.
2. Situaciones de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar no resueltas en otros niveles del sistema de salud.
3. Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista.
4. Consumo problemático de sustancias psicoactivas (cocaína y pasta base de cocaína)
5. Trastornos disruptivos.
6. Trastornos del humor.
7. Trastornos de ansiedad.

METAS

Asegurar el acceso a este modo de prestación al **100% de los usuarios de las poblaciones descritas**, a partir del 1º de setiembre de 2011.

METODOLOGÍA

Deberá contar con un **Comité de Recepción** (de acuerdo a las características descritas en Metodología Modo 2). Solicitada la prestación el usuario deberá ser recibido por el mismo antes de los **30 días**.

En el caso de usuarios con **Consumo Problemático de Sustancias**, los tiempos de espera para la entrevista con el Comité de Recepción y para dar inicio a la prestación **no serán mayores de 1 semana** respectivamente.

Luego de realizada la indicación por este Comité, la institución tendrá **30 días para dar inicio** a la prestación.

Orientaciones

- **De las prestaciones:**

- a) Serán **individuales y/o grupales** de acuerdo a las indicaciones del Comité de Recepción.
- b) Estarán a cargo de al menos un técnico con formación psicoterapéutica en niños y adolescentes.
- c) Cada grupo tendrá un **máximo de 10 integrantes**.
- d) Se trabajará con una frecuencia mínima **semanal**. En los casos en que sea necesario tratamientos con varios profesionales, se determinará por la necesidad singular de cada caso.
- e) Se propiciará incluir entrevistas con padres y educadores.
- f) Los usuarios con **dificultades de aprendizaje, discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista** serán atendidos en **equipo interdisciplinario** o con los técnicos que el Comité de Recepción indique (incluye al menos: **fonoaudiología, psicopedagogía, psicomotricidad, maestra especializada y psicólogo**).

- **De los mecanismos de acceso:**

Se accederá a la entrevista con el Comité de Recepción siguiendo alguna de las siguientes vías:

- Por iniciativa del usuario o persona a cargo.
- Derivación de Equipo de Salud Mental.
- Derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1 o Modo 2.

- **De los técnicos del Comité de Recepción**

Según descripción efectuada en Modo 2.

Deberán además evaluar y resolver la renovación de la prestación.

- **De los técnicos que brindan la prestación:**

- a) Deberán ser Médico Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo.
- b) Contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 2 años y experiencia en psicoterapia.
- c) Podrán incluirse técnicos de otras disciplinas que integran el equipo interdisciplinario con formación documentada en el área específica.

- **De los usuarios:**

En caso de abandono se deberá esperar un mínimo de tres meses para solicitar nuevamente el ingreso a la prestación.

De tratarse de usuarios con **discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista**, se flexibilizará el cómputo de las inasistencias, primando el criterio de cuánto perjuicio puede ocasionarle la interrupción del tratamiento.

ORIENTACIONES GENÉRICAS

Adultos, Niños y Adolescentes

- **De los abordajes:**
 - a) Funcionarán en lugares y días fijos.
 - b) Tendrán una duración no inferior a los **40 minutos** para los abordajes **individuales** y no menor a los **75 minutos** para los **grupales**.
 - c) Mantendrán en todos los casos la especificidad de su temática.
 - d) Funcionarán con una **frecuencia mínima semanal**.
 - e) Abarcarán un amplio espectro horario comprendiendo fundamentalmente tanto el turno matutino como el vespertino.

- **De los mecanismos de acceso:**
 - a) Se accederá **libremente o por derivación**.
 - b) La prestación estará **a cargo del efector al que pertenece el usuario** que realiza la consulta.
 - c) En el caso de prestaciones en modalidad de pareja o familiar al menos uno de los usuarios consultantes deberá ser socio del efector que da la prestación.
 - d) La institución deberá contar en todos los casos con algún **técnico referente o dispositivo grupal** para atender demandas en caso de IAE **sin tiempo de espera**, haciéndose cargo de las necesidades de contención del usuario, hasta que efectivamente comience la prestación. Lo mismo para los usuarios con uso problemático de sustancias (cocaína y pasta base de cocaína).

- **De los técnicos:**
 - a) En todos los casos los títulos deberán estar debidamente registrados y habilitados por el MSP.
 - b) En un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan.
 - c) Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas.
 - d) Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental.

- **De los usuarios:**

- a) El usuario no podrá ingresar en un nuevo grupo del mismo Modo hasta no terminar su participación en el que ya se encuentra inscripto.
- b) Se podrá solicitar cambio de terapeuta solamente una vez (en caso de atención individual, de pareja o familiar) y el mismo deberá realizarse no más allá de la tercera entrevista.
- c) El usuario se comprometerá a asistir en los días, hora y frecuencia pautada.
- d) En caso de abandono el número de sesiones efectuadas antes del mismo será descontado de la unidad ya que cada tratamiento será considerado en su totalidad como unidad de tiempo. Las entrevistas serán computadas dentro de la unidad de tiempo que implica la prestación.

Para los Modos 2 y 3:

- Tres inasistencias consecutivas o más del 40% de inasistencias a las sesiones pautadas en dos meses (salvo justificación realizada en tiempo y forma) será considerado como abandono y no como finalización del tratamiento.
- La solicitud de reingreso a la prestación luego de abandono, se registrará por los plazos estipulados y deberá considerarse por parte del Comité de Recepción.

- **Del Comité de Recepción:**

El efector podrá conformar uno o varios Comités que efectuará/n la recepción de las demandas indistintamente para los diferentes modos. Así, el usuario que requiera más de una entrevista de recepción, será referido siempre al mismo Comité.

El Comité:

- a) Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo.
- b) Podrá indicar la prestación del Modo o la derivación que considere pertinente.
- c) Deberá evaluar y resolver el reingreso o la renovación de la prestación en los casos correspondientes.
- d) Generará instancias de intercambio, seguimiento y otras vinculadas a la tarea.

ACTIVIDADES

Las Principales Líneas de Acción estarán dirigidas a:

1. Promoción de Salud
2. Prevención Primaria de los Trastornos Mentales
3. Tratamiento de los usuarios con Enfermedad Mental y su Rehabilitación Psicosocial.

Los diferentes campos de acción se encuentran interrelacionados, estando todos regidos por el principio de prevención.

DISPOSICIONES GENERALES

- **De las modalidades de las prestaciones:**

Se propiciará la **diversidad** teórica y técnica en los tres modos, sin perjuicio de ajustes periódicos en disposiciones futuras, que se realizarán en base a la información obtenida y estudios realizados.

- **De las formas de contratación:**

Cada institución podrá brindar las prestaciones de los tres modos utilizando una o más de las siguientes formas:

- a) Con recursos propios.
- b) Complementándose con otros prestadores.
- c) Contratando técnicos en forma individual o equipos técnicos públicos o privados que cumplan con los requisitos.

- **De la Comunicación y la Difusión:**

Los diferentes medios de comunicación que deberá poner el prestador al servicio de los usuarios asegurarán **información fluida y actualizada.**^{17 18 19}

Es esencial que los usuarios estén debidamente **informados sobre las nuevas prestaciones**, de modo que les permita conocer los servicios disponibles, las indicaciones, las formas y los procedimientos a seguir para el acceso, características y fines de las prestaciones.^{20 21}

En cada uno de los locales de atención, el prestador utilizará los **espacios de difusión** ya acordados con la JUNASA y el MSP, tales como carteleras y páginas Web.

Asimismo deberá proporcionar información y recibir sugerencias a través de las **Oficinas de Atención al Usuario.**²²

- **De los Registros y la Información:**

Cada institución:

- Llevará **registro de los usuarios** que participan en los tres modos para las diferentes franjas etarias **y de las actividades** de los **Comités** de Recepción.
 - Seguirá los mecanismos pertinentes de documentación en **Historias Clínicas** consignándose por parte de los técnicos involucrados, las diferentes instancias de la prestación.
 - En el caso de los **IAE**, se hará **seguimiento los primeros 6 meses**, de acuerdo a pautas establecidas al respecto.
 - Envió la **información que se le solicite** por parte del organismo rector a los efectos de realizar la evaluación permanente de esta prestación. Trimestralmente el Sistema Nacional de Información (SINADI) deberá recibir la **planilla electrónica** correspondiente.
 - Facilitará el **monitoreo científico** por parte del **PNSM del MSP**, sin perjuicio de las actividades de evaluación que la propia institución disponga.
- **Observaciones:**

Estas nuevas prestaciones no sustituyen a las existentes ni a los plazos que las regulan.

MONITOREO

Objetivo Específico 1:

Recabar la información para efectuar el monitoreo de las prestaciones.

Objetivo Específico 2:

Implementar el seguimiento continuo de las prestaciones, para asegurar que se están ejecutando de acuerdo a lo planificado y evaluar ajustes pertinentes.

EVALUACIÓN

Los prestadores deberán organizar la forma de **seguimiento, investigación y evaluación interna**, para lo cual deberán contar con los RRHH pertinentes (administrativos, técnicos, profesionales) y con **referentes o consultantes**, para **supervisión, Ateneos y otras** actividades vinculadas.

El prestador presentará al **SINADI trimestralmente, en tiempo y forma la información correspondiente**, de conformidad con las disposiciones vigentes.²³

La misma servirá para el monitoreo y evaluación de las nuevas prestaciones.

Desde el SINADI la **información** será enviada al PNSM, para futuros estudios epidemiológicos.

El MSP podrá realizar **auditorías** cuando lo considere necesario u otra forma de contralor que resulte pertinente.

Asimismo, podrá citar a **reuniones periódicas** programadas con los prestadores integrales, a fin de evaluar conjuntamente el desarrollo de lo planificado, las posibles contingencias, alternativas y propuestas frente a las mismas. De igual modo, se plantearán instancias de **reunión general** con los representantes de todos los actores involucrados, para evaluar la marcha del proyecto, promoviendo la participación de los representantes de usuarios.

Se tendrá especialmente en cuenta la información recabada en el Servicio de Atención al Usuario del MSP y de los diferentes **Servicios de Atención al Usuario** de los efectores. Asimismo **las encuestas de satisfacción** realizadas, como indicador de calidad.

Se utilizarán una serie de **indicadores** para la evaluación de los componentes del programa: indicadores de **estructura** para evaluar los recursos y su desempeño; de **proceso**, para evaluar el funcionamiento y las actividades y de **resultado** en el cumplimiento o no con los objetivos y metas planteadas.

La **valoración del impacto** sobre la población en este tipo de programas se podrá visualizar a más largo plazo.

Los **estudios epidemiológicos** que se podrán realizar a punto de partida de los datos registrados posibilitarán algunas medidas del mismo.

La posibilidad de incorporar otras formas específicas de modalidades de abordajes y la extensión de las prestaciones a más poblaciones quedará supeditada al resultado de las evaluaciones y a futuros estudios de viabilidad y sustentabilidad.

El no cumplimiento de lo programado supondrá la aplicación de sanciones previamente estipuladas en el Contrato de Gestión suscripto entre la JUNASA y cada uno de los Prestadores Integrales.

RECURSOS

HUMANOS

Los recursos para brindar las prestaciones dependerán de las formas de contratación que establezca cada prestador, debiendo actuar de acuerdo con las orientaciones.

El prestador, deberá además disponer de los recursos humanos para la recepción, la administración y la coordinación del servicio.

MATERIALES

Plantas Físicas

Los lugares donde se brinden las prestaciones deberán ser fijos como ya fue explicitado, pero no necesariamente estar ubicados en locales propios del prestador.

FINANCIEROS

Se efectuó el cálculo de costos estimativo con aumento de la cuota FONASA. Se tuvo en cuenta las inferencias realizadas de los promedios con relación a los índices de prevalencia e incidencia, así como de los correspondientes a recursos humanos.

CRONOGRAMA

Se ubica el plan como de instalación en el breve plazo, ya que la Salud Mental se encuentra inscrita dentro de uno de los Programas Prioritarios de este Ministerio.

El mismo se establecerá siguiendo el cronograma fijado.

RESPONSABLES DEL PLAN

- **Responsable político:** Ministro de Salud Pública Ec. Daniel Olesker
Dirección del DPES Dr. Leonel Briozzo
Coordinadora de Área APROPYEN Lic. Pilar González.
- **Coordinador del Plan:** Responsable Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) Lic. Psic. Hebert Tenenbaum.
- **Seguimiento:** Asesora del Ministro Lic. Psic. Mariana Drago.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN

- **Equipo Técnico:**
Compilación y Redacción: Lic. Psic. Juan M. Trillo, Dra. María J. Piñeiro.
Lic. Psic. Denisse Dogmanas
Lic. Psic. Mariana Villar
- **Economía de la Salud**
Ec. Noemí Katzkowicz
Ec. Gustavo Rak
Ec. Cecilia Parada
- **Directores del PNSM en períodos anteriores:**

Autoría de Documentos básicos del Plan:
Dr. Lizardo Valdez

Otros Documentos preliminares:
Dr. Ángel Ginés
Lic. Renée del Castillo
- **Presidente de la CATP**
Sr. Homero Peyrot
- **Asistente del PNSM:** T. A. Viviana López

EXPERTOS CONSULTADOS y REUNIONES con INTEGRANTES **de:**

Áreas Programáticas y Divisiones del MSP, Dirección de Salud Mental de ASSE, División Salud-Dirección de Ayudas Especiales del Banco de Previsión Social (BPS), Patronato del Psicópata, Centros de Rehabilitación, Centros de Tratamiento de Adictos, Efectores de Salud Mental de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas, Facultad de Psicología, de Medicina y de Enfermería de la UDELAR, Instituciones Científicas y Gremiales (Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psiquiatría, Federación Uruguaya de Psicoterapia-FUPSI y Otras).

TRABAJOS/DOCUMENTOS PREVIOS

- **Programa Nacional de Salud Mental**, Ministerio de Salud Pública; 1986.
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Documento Programático: Salud Mental en la emergencia Social y en el nuevo modelo asistencial**. CATP, MSP, OPS; 2005
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Grupo de trabajo Nº 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia**. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. **Grupo de trabajo Nº 2: Plan Nacional de Salud Mental, Primer Nivel de Atención; Promoción, Prevención, Asistencia, Rehabilitación**. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Actualización, Noviembre 2009.
- Programa Nacional de Salud Mental. **Niveles de Intervención**
- Valdéz L. **Prestaciones Psicoterapéuticas, “Adultos” y “Niños, Adolescentes y Jóvenes”**, Documentos Base. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ministerio de Salud Pública. Principales Normas en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud [La_ construcción_del_SNIS_WEB. Pdf] p 65 y 106-112. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- ² Ministerio de Salud Pública. Informe Especial: Los Ejes para el Año 2011 [Ejes_de_trabajo_2011.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>
- ³ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, “Adultos” y “Niños, Adolescentes y Jóvenes”, Documentos Base. MSP, PNSM; Setiembre 2010.
- ⁴ Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública; 1986.
- ⁵ Ley de Creación del Centro Nacional del Patronato del Psicópata (Ley N° 11.139). Noviembre de 1948.
- ⁶ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Documento Programático: Salud Mental en la emergencia Social y en el nuevo modelo asistencial. CATP, MSP, OPS; 2005.
- ⁷ Piñeiro MJ, Trillo JM. Proyectos de Desarrollo: Instalación de Equipos de Salud Mental Comunitarios (ESMC) y Contratos de Gestión Misurraco y Maracaná Sur. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental. Jornada: Intercambio de Experiencias Innovadoras en Salud Mental, IMM; Jul 2009. Uruguay: OPS; 2009. p 11-15
- ⁸ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- ⁹ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.
- ¹⁰ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.
- ¹¹ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

¹² Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68(2):99-19.

¹³ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento aprobado por el 49º Consejo Directivo: Estrategia y plan de acción sobre salud mental. OPS, OMS; Washington, DC; 28 de Setiembre al 2 de Octubre, 2009. [SALUD_MENTAL_final_web.pdf] URL disponible en: <http://www.paho.org>

¹⁴ Ginés AM. Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud. Rev Psiquiatr Urug 2005; 69(1):32-41.

¹⁵ Valdéz L. Prestaciones Psicoterapéuticas, Adultos y niños, adolescentes y jóvenes. MSP, PNSM; Setiembre 2010.

¹⁶ Manual de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10: CDI-10. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana; Junio 2004.

¹⁷ Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

¹⁸ Ministerio de Salud Pública. Cartilla de Derechos y Deberes de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud; Diciembre de 2010. [Cartilla_de_Derechos%5b1%5d.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

¹⁹ Ministerio de Salud Pública. Derechos de los usuarios. MSP, JUNASA. [Derechos_de_los_Usuarios_WEB.pdf] URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

²⁰ Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de trabajo N° 6: Intervenciones Psicosociales y Psicoterapia. MSP, DIGESA, PNSM, CATP; Octubre 2007.

²¹ Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004;68(2):99-196

²² Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>

²³ Decreto N° 464 de Contrato de Gestión; Octubre de 2008. URL disponible en: <http://www.msp.gub.uy>