



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República.
Facultad de Psicología.

Trabajo Final de Grado.

Salud Mental, Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos en Uruguay.

Katherin A. García Montejó Mederos.

C.I.: 49897234.

Tutora: Prof. Adj. Sabrina Rossi Rodríguez.

Montevideo, Mayo 2016

Índice:

Resumen	Pág. 3
Introducción	Pág. 4
Capítulo 1. Concepciones históricas de la “enfermedad mental”:	
1.1. Breve historia de la locura.....	Pág. 6
1.2. El mito de la “enfermedad mental”.....	Pág. 8
Capítulo 2. Dispositivos de control en las sociedades disciplinarias:	
2.1. El encierro de la locura.....	Pág. 10
2.2. La confesión: Breve historia de la sexualidad en la época clásica.....	Pág. 12
Capítulo 3. Abordaje de la Salud Mental desde una perspectiva de Derechos:	
3.1. Cambio de paradigma en Salud Mental.....	Pág. 16
Capítulo 4. Definición e historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina a partir del siglo XX:	
4.1. Historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	Pág. 21
4.2. El enfoque de género y los servicios de Salud.....	Pág. 25
Conclusiones	Pág. 30
Referencias bibliográficas	Pág. 32

Resumen:

A partir del paradigma de la “enfermedad mental” en esta monografía se exponen algunos aspectos vinculados a la locura desde la edad media y las medidas preventivas, como el encierro de la locura, que se instalaron durante la modernidad. Brevemente se alude a los desarrollos teóricos sobre la historia de la “enfermedad mental” y la hipótesis represiva de la época clásica, y se plantean algunas controversias de la locura como “enfermedad mental” en relación a la problemática vinculada al poder médico de la psiquiatría institucional.

A continuación se describe rápidamente el movimiento actual que surge a raíz de los debates en nuestro país para la creación de una ley de Salud Mental, haciendo hincapié en la jurisdicción y en las normativas internacionales de los Derechos Humanos. A propósito se resumen algunos puntos vinculados a la normativa y al modelo médico en el enfoque que se le adjudica a la Salud Mental con una base en Derechos Humanos y en la “discapacidad social”.

En un segundo momento se desarrolla la historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos a partir del siglo XX y se define “Salud Sexual y Reproductiva”. Después se resaltan algunas consideraciones del enfoque de género y el nuevo modelo salud-enfermedad-atención, que compromete además la investigación de las políticas y cuidados de la discapacidad y los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos que Uruguay ha incorporado en su legislatura.

En el cierre se señala la importancia de incluir el enfoque de género y diversidad dentro de la formación de los profesionales de la Salud y Salud Mental.

Introducción:

Esta monografía expone de manera muy escueta disputas sociales, políticas, culturales y económicas de origen ideológico, psicológico, moral, familiar y sociocultural en el ejercicio libre y autónomo de los Derechos Humanos Universales.

En el marco teórico se destacan los desarrollos del psiquiatra húngaro Thomas Szasz y los aportes genealógicos de Michel Foucault, así como la jurisdicción universal en materia de Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

En el primer capítulo se realiza un recorrido teórico por la historia de la locura en la cultura grecorromana de la edad media y moderna en occidente. Posteriormente se expone una síntesis de las corrientes surgidas en el siglo pasado, las cuales asumen subsiguientemente que la psiquiatría institucional es una pseudociencia que “parodia los ideales de libertad y racionalidad”. (Szasz, 1981). Tal como lo explica Szasz al decir que la psiquiatría “es una prolongación de la inquisición”, y que el mito teológico de la herejía es reemplazado por el mito científico de la “enfermedad mental”. (Szasz, 1981).

Las creencias que se erigen en la modernidad ocupan un antecedente notable en la sociedad actual y permanecen en la cultura de nuestro pueblo, por ello en el segundo apartado se toman los aportes críticos y genealógicos de Michel Foucault. Es decir, se traza lo que Foucault denominó un proceso de “contaminación del occidente moderno” en el ámbito de la locura y la sexualidad. Además se extraen algunos fragmentos de la “Psicoterapia del oprimido” de Alfredo Moffat y por último se define lo que es una “institución total” según Erving Goffman. Quien además advierte que lejos de solucionar “el problema de los enfermos mentales”, este modelo hospitalario lo que hace es empeorar la situación de los internados. (Goffman, 2001).

En el próximo apartado se plasma la coyuntura política de los Derechos Humanos en Uruguay en el nuevo enfoque de la Salud Mental y se alude a una polémica legislativa en el debate actual para dar origen a una nueva Ley. Se valúa que el empoderamiento en las sociedades postmodernas y la acción de emancipar los imperativos impuestos antiguamente, representan un cambio paradigmático en el abordaje sanitario. Por ello luego de realizar un breve recorrido teórico sobre la historia de la locura y presentar la situación actual de los usuarios de Salud Mental en Uruguay, se advierte el énfasis en Salud Sexual y Reproductiva expuesto en la normativa legal vigente.

En el capítulo cuarto se narra la historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, desde 1994 en la “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” del

Cairo. A partir de esto se incluyen algunos puntos a tener en cuenta en la prestación de los servicios de salud y en el despliegue de la ciudadanía para fomentar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos y la participación social de cuidado y gestión en la salud. Se incluye además una síntesis de algunas investigaciones en el terreno de la morbilidad, según los estudios de género y las implicancias del poder en el ámbito de la salud y la organización social.

Para finalizar se presentan algunas conclusiones en base a los materiales revisados, dentro de lo que se destaca la importancia de seguir profundizando en esta temática desde un punto de vista ético y jurídico. **¡Por una nueva ley de Salud Mental!.**

CAPITULO 1. CONCEPCIONES HISTÓRICAS DE LA “ENFERMEDAD MENTAL”:

1.1. Breve historia de la locura:

Esta monografía expone en primer lugar la historia de la locura y la “enfermedad mental” que se extrae en parte de la teología, de la mitología griega y de la medicina científica en la época clásica. Para posteriormente adentrarse a las nuevas corrientes que surgieron en el siglo XX, génesis de la crítica a la psiquiatría institucional

Si remitimos a la definición de “locura” en el Diccionario de la Real Academia Española, la misma significa “privación del juicio o del uso de la razón”. Este concepto se asemeja a la etiología de la palabra “enfermedad” que deriva del latín, del vocablo “infirmus”, el prefijo “in” niega lo que es “firmus”. En este caso, negar la capacidad de firmeza es la figura etimológica de la enfermedad. (Cardozo, 2014). Sin embargo la procedencia griega de este vocablo viene de “pathos”, que “(...) implica padecimiento, impotencia, enfermedad, sentimiento de vida contrariada. En este sentido patológico equivale, pues, a dolor y angustia” (Raymond, H, 1989: 627).

No obstante los primeros registros históricos de la locura a los cuales hace referencia Thomas Szasz, (1981) tienen que ver con los tiempos eclesiásticos. En el auge de la teología como creencia preponderante de la sociedad civilizada en la Europa lo que se evaluaba en términos teológicos era la fe en dios. Antiguamente la locura no se concebía como algo inherente a la naturaleza humana, si no que se juzgaba y etiquetaba a cualquier ciudadano del pueblo cristiano a partir de la creación y la convicción en la fe católica. Lo que fueron los periodos de inquisición en diferentes partes del antiguo continente, donde se perseguía y torturaba a los herejes, estuvo relacionado con el asesinato de las personas que tenían un vínculo con la maldad y los pecados, influidos por Satanás y guiados por él para destruir la potencia de Dios. Se practicaban exorcismos, lobotomías, torturaban a brujas y brujos para que confesaran, o bien para echar para afuera del cuerpo los espíritus malos, los demonios. (Szasz, 1981). En una cita al historiador Rene Semelaigne, Szasz ilustra lo que significa esta convicción en la brujería para los inquisidores: “También ellos pertenecían a su época y, en consecuencia, poseían sus propios prejuicios, creencias y convicciones; ante su alma y su conciencia creían obrar en justicia cuando castigaban a los culpables de acuerdo con la ley” (Szasz, T, 1981:42).

Dentro del régimen feudal y la educación escolástica de la Edad Media los primeros médicos de la historia se convirtieron en especialistas en el diagnóstico diferencial de las enfermedades sobre naturales y aquellas que no lo eran. (Szasz, 1981).

En el siglo V la medicina adquiere influencias de Hipócrates y algunos de sus seguidores son Kraepelin, Bayle, Pavlov, Fischer, Freud, Klein, Lacan, Piaget. (Raymond, 1989). Hipócrates desarrolla la teoría de los cuatro humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), la variación o desequilibrio de los mismos hacia aparecer la enfermedad. Su teoría de la inestabilidad, su punto de vista materialista y la mezcla con el papel de lo orgánico en la salud, hace que la conjetura de Hipócrates tome trascendencia más adelante. Sobre todo por que separa la voluntad y la condición del hombre en el proceso de enfermar. (Parafita, 2010).

Al mismo tiempo en Grecia concebían a la salud como felicidad y templanza, génesis de tales ideales de bienestar. Un hombre que tenía salud, era un hombre inteligente que sabía comportarse en la comunidad a la que pertenecía. Para Higia, diosa de la salud, la salud era un estado natural que conservaban los hombres gracias a su buen juicio. (Parafita, D, 2010:2) La pérdida de la salud era un castigo que padecían los “inmorales” por sus acciones y el restablecimiento de este “estado natural” es lo que se considera enfermedad. Por otro lado Avicena, representante de la medicina árabe, va a plantear algo que solo con el posterior avance de la revolución científica de Galileo y la creación de microscopios, pueden ser verificados. Ella planteaba que existían microorganismos en sustancias ajenas como el agua y el aire que afectan la salud. Siendo este uno de los primeros registros en el proceso salud-enfermedad que proviene de oriente y del mundo árabe. (Parafita, 2010).

El pensamiento racional de la doctrina humanista y el uso de la razón son representativos de los nuevos modelos, tanto para la ciencia como para la vida y la producción de subjetividad. El auge del conocimiento filosófico y científico se encontraba absorto en el ser humano, consideraban al hombre como ser razonable, cuyo máximo esplendor es el uso de la razón. Rene Descartes (1596-1650), considerado el padre de la filosofía moderna y de la teoría del racionalismo, afirmaba que la mente estaba ubicada en una glándula del cerebro, la *glándula pineal*. La enfermedad mental se ubicó en la mente humana y esta paso a ser considerada como génesis a las explicaciones argumentadas algunas a favor del orden genético de la especie humana. (Cardozo,2014).

La caída del imperio romano de oriente en el inicio de la Edad Moderna y el movimiento cultural que surge con el Renacimiento dan una sacudida a las creencias de la época. En este periodo histórico se deja de lado la teología y las explicaciones religiosas sobre el proceso de salud- enfermedad, para ahondar en una búsqueda de explicaciones “verdaderas” en la realidad concreta del mundo. (Parafita, D., 2010: 4).

Durante los siglos XVI Y XVII, edad transitoria de cambios culturales, las creencias de la época generan nuevas formas de pensar, contemplar y contemplarse la especie en el mundo. En cuanto a la hipótesis que tenían los hombres respecto al universo, se objetaba en ese entonces por primera vez, que la tierra no sea el centro del universo como se imaginaba. Tal como lo planteó Copérnico (1473-1543), dejando en evidencia que la tierra es la que gira alrededor del sol. Todas estas revelaciones en la historia van formando parte fundamental del progreso de la ciencia, del escepticismo y acompañan la génesis de un lenguaje científico-técnico. Se descubre el ADN, crece y se desarrolla la neurología y se estudia por vez primera la fisionomía del cuerpo humano. (Cardozo, 2014). Con el avance de la ciencia y posteriormente la tecnología auxiliares de la medicina, los médicos se separaron de la iglesia y de sus creencias.

La práctica médica que en sus inicios era esencialmente individualista y clínica, no consideraba entonces como variables del mal estar, el contexto político, socio económico, cultural e institucional como causas del enfermar. La relación del hombre en su contexto socio-económico, según Daniel Parafita, (2010) fue abordado por el médico italiano Ramazzini, quien dio pie a las investigaciones sobre el influjo de las condiciones de trabajo en el proceso de enfermar. Posteriormente algunos países europeos como Italia, Alemania y Austria, comienzan a realizar prácticas en medicina que tienen en cuenta al hombre en su contexto social y nace lo que Parafita llamó “sistema de policía médica”, donde el estado comienza a hacerse responsable de la salud de los ciudadanos. (Parafita, 2010). Años más tarde, durante la revolución industrial en la segunda mitad del siglo XVIII, el estado se responsabiliza de los problemas sanitarios de hacinamiento que produjo la alta cantidad de campesinos que se iban a vivir a la ciudad para trabajar. Las políticas de entonces se encomendaron a mejorar la vivienda y la higiene de los habitantes, a la par que se intentaba resolver el problema de las epidemias en Inglaterra.

En el año 1851 se desarrolla la primera Conferencia Sanitaria Internacional, que precede a lo que más adelante se conformó como la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Parafita, 2010).

1.2. El mito de la “enfermedad mental”:

A partir de la crítica a lo que se conformó como “psiquiatría institucional” en el desarrollo científico, surgen nuevas corrientes en contra de las premisas establecidas sobre la “enfermedad mental” y se pone a tela de juicio el orden médico en la cronificación de los “enfermos mentales”. El término “antipsiquiatría” fue utilizado por

primera vez por David Cooper refiriéndose a un momento socio histórico cuyos procesos políticos remidieron la impugnación de las lógicas psiquiátricas, que aumentaban cada vez más en varias regiones estatales. (Vásquez, 2011).

El hospital psiquiátrico paso a ser considerado un territorio controlador y manipulador de la conducta y los movimientos, para impedir supuestamente, el contagio de la locura al resto de la sociedad. (Szasz, 1981). Estos aparatos de televigilancia según Thomas Szasz, son una “conspiración de silencio”. En el hospital antiguo dice Szasz, (1981) la existencia de un diagnóstico, padecimiento mental o psicológico, no era un requisito para el médico psiquiatra; antes bastaba con ser joven y no tener trabajo o ser pobre e incluso a las mujeres que ejercían la prostitución se las internaba. (Szasz, 1981).

En principio la atención médica en los hospitales a los “enfermos” se alza posteriormente a la creación de los mismos. Los primeros hospitales de la historia ya existían en la edad media administrados por la iglesia y se ocupaban de dar asilo a los pobres, a los moribundos y a los heridos de guerra. Ocurre que la función del hospital en la edad media, cuando este no tenía herramientas ni fundamentos para curar, era confinar el destino desdichado de los moribundos y ocuparse de acompañar a las personas heridas o enfermas en su lecho de muerte. No existían compromisos científicos ni fines políticos de sanidad. (Szasz, 1981).

En 1962, Thomas Szasz, publica por primera vez el libro “El mito de la enfermedad mental” y realiza duras críticas a la psiquiatría institucional. Afirma que el mito teológico de la brujería es reemplazado por el mito científico de la “enfermedad mental”. (Szasz, 1981).

“En la actualidad, la psiquiatría institucional no es más que una prolongación de la inquisición. Lo único que ha cambiado es el vocabulario y el estilo social. El vocabulario se ajusta a las expectativas intelectuales de nuestra época: es una jerga pseudomédica que parodia los conceptos de la ciencia. El estilo social se ajusta las expectativas políticas de nuestra época: es un movimiento social pseudoliberal, que parodia los ideales de libertad y racionalidad.” (Szasz, T, 1981:44)

Este orden deliberado de la institución monovalente es un acontecimiento muy cuestionado y puesto a tela de juicio por Michel Foucault, Thomas Szasz y otros intelectuales que consideran la institucionalización y el encierro de la locura como un recurso estratégico para deshacerse de las personas problemáticas. (Szasz, 1981). En un artículo de Adolfo Vásquez Roca (2011) sobre el mito de la enfermedad y su

implicancia en la jurisdicción, afirma que el loco ha sido históricamente una figura de la “disidencia”, es el que genera disturbio social. No obstante para la ciencia tanto como para la mente humana, la locura no tiene criterios objetivos. En entre otras cosas señala que la mente no es un órgano. La mente no tiene una ubicación anatómica definida o verificada, por lo tanto, dice cuando cita a Szasz, “no puede haber, literalmente hablando, enfermedad mental. (...) lo que hay son conductas, conductas anormales”. (Vásquez, 2011). En el registro de la locura, se destaca en el plano personal lo que se relaciona con lo considerado “normal” o “anormal”. En el plano social en cambio, la disidencia representa un desacuerdo, un desacato, una tensión, algo que irrumpe el orden establecido en el régimen de los binomios normal-anormal, sano-insano, legal-ilegal. (Vásquez, 2011). Para estos casos, en el sistema penal se establece el concepto de “humanización de la pena” que pone a tela de juicio la racionalidad del “enfermo” y la capacidad de responsabilizarse de sus circunstancias. (Vásquez, 2011).

“Ahora bien, otro problema referido al estatuto del saber psiquiátrico es el de discurso inquisidor, la forma en que emplaza sus constructos como dispositivos de poder, de modo tal que una misma expresión en boca de un profano carece del peso – o las consecuencias del orden medico jurídico- que tiene si es dicha por un perito psiquiátrico; supongamos, por ejemplo, que alguien rotula a un individuo de demente. (...) Saber, en este caso, supone que el instrumental lingüístico ha sido previamente “socializado” en usos y contextos específicos por parte de quien profiere la expresión. Se trata, en fin, de participar, en rigor, de una tradición que valida el uso.” (Vásquez, A, 2011:4).

La psiquiatría ha edificado un lenguaje, un discurso científico que no cesa de instituir a la “enfermedad mental”. Los médicos hablan de “enfermo mental” autentificando un supuesto saber que es testimonio, a la vez que una garantía, de la existencia de la enajenación mental. (Vásquez, 2011).

CAPITULO 2. DISPOSITIVOS DE CONTROL DE LAS SOCIEDADES DISCIPLINARIAS

2.1. El encierro de la locura:

El historiador Michel Foucault, crítico de las instituciones como el manicomio y la prisión, también reconocido por su crítica a la modernidad, fue quien adjudico a las

sociedades de esa época, el nombre de *sociedades disciplinarias*. (Foucault, 1976). Encargadas de administrar y validar el discurso público, controlan la conducta y sancionan el desacato. Es decir, lo anormal e inmoral. En esta época se cristalizaron argumentos legalmente válidos para *el encierro*, que surge merced a las peticiones de las familias de clase media cuyos parientes “irracionales” ponían en riesgo su estatus social. (Vásquez, 2011).

“Foucault veía en los asilos un instrumento de represión de la burguesía contra las “clases peligrosas”. Esto es históricamente falso, Señala Szanz. Los primeros asilos fueron creados en Gran Bretaña por la aristocracia para impedir que sus miembros “desviados” disiparan su fortuna. El diagnóstico de locura ha sido, y sigue siendo, un medio para desembarazarse de los que molestan. El loco es el que perturba, cuestiona, acusa.” (Vásquez, A, 2011:9)

Durante los siglos XVII y XVIII en la eclosión de *la disciplina*, Foucault veía un dispositivo de control, que literalmente consistían en “dispositivos de encierro”. Se construían instituciones cuya arquitectura permitía contemplar constantemente todas las habitaciones y lo que sucedía, para inspeccionar la conducta y vigilar el cuerpo. No solo eso, sino que las relaciones entre los miembros del hospital, de los médicos con los empleados, de los empleados con los locos y de los médicos con los locos, se alzan en una creciente artimaña del poder psiquiátrico con el fin de gobernar en el presidio y darle solemnidad a la institución. (Foucault, 1976).

“Las instituciones disciplinarias han secretado una maquinaria de control que ha funcionado como un microscopio de la conducta; las divisiones tenues y analíticas que han realizado han llegado a formar, en torno de los hombres, un aparato de observación, de registro y de encauzamiento de la conducta” (Foucault, M. 1976:178)

La disciplina corresponde a la construcción de un modelo de control de población arcaico. Es un acontecimiento histórico donde surge la institucionalización del loco, en una época donde un sutil descubrimiento y estudio del cuerpo humano, perspicazmente lo transforma “en objeto y blanco de poder”. (Foucault, 1976). Hablando sobre la locura, se estructura una falsa ciencia que Foucault llama “pseudociencia” y se determina, entre otras cosas, se desencadenan procesos de enajenación y exclusión. (Foucault, 1976). El sujeto está ahí, es constituyente de la estructura, está en la trama de esas relaciones de poder, constantemente el cuerpo

está sometido a estas afectaciones adicionales de los médicos, de los empleados, del contexto psiquiátrico, de las proyecciones del afuera y del discurso inquisidor. “Meter a alguien en prisión, encerrarlo, privarle de comida, de calefacción, impedirle salir, hacer el amor... etcétera, ahí está la manifestación del poder más delirante que se pueda imaginar.” (Foucault, 1976).

Se trata, al fin y al cabo, de la herencia que ha dejado la Modernidad. Que ha llegado a Latinoamérica y se ha instalado gracias a la dominación y la contaminación ideológica de nuestros pueblos. Al igual que Foucault, Alfredo Moffat afirma que las creencias de Europa en occidente han edificado las lógicas actuales que se circunscriben a la mirada epistemológica de la ciencia. Moffat cuenta a través de la genealogía del colonialismo europeo, la historia de la patria Argentina y la alienación mental según la lógica civilización – barbarie que se creó después de la conquista. La migración de la burguesía y el mercantilismo, junto con el capitalismo y las lógicas dominantes, poderosas, avasallaron el orden de una cultura originaria latinoamericana. Los pueblos aborígenes. El desplazamiento de las creencias de occidente ha sido esporádico, en donde se fundan las actuales lógicas represivas- adaptativas de la psiquiatría institucional. (Moffat, 1974). Desde la burguesía, la ciencia, las creencias, la medicina psiquiátrica, hasta las corrientes psicoanalíticas de Freud se han incorporado fácilmente en América, según Moffat, se trata de la “opresión” de los pueblos y la corrupción burguesa. El genocidio indígena. (Moffat, 1974).

“Con estos bruscos cambios ideológicos que produce un pueblo que comienza el camino de su liberación, este poder monopolizador sobre la utilización del psicoanálisis, se resquebraja y, actualmente, se vislumbra la posibilidad de reinterpretar este instrumento terapéutico desde los problemas psicológicos de nuestro pueblo” (Moffat, A, 1974:21)

Este movimiento protestante de los pueblos oprimidos es un punto de vista que surge a partir de una “psicología de la liberación”. (Moffat, 1974). La libertad estará garantizada cuando sea capaz de asumirse su identidad histórica y pensarse a sí mismo como “sujeto de su propio destino histórico”. Esta nueva praxis, reivindicación de una cultura autóctona y criolla, se obstina en el desarrollo de una “pedagogía del oprimido”. (Moffat, 1974). Es una re-significación del sujeto histórico, sujeto atado al absolutismo de la clase dominante. A partir de esto, plantea un doble movimiento para la intervención terapéutica: Por un lado, la necesidad de una psicoterapia del sistema de poder, y por el otro, de una psicoterapia de la liberación. (Moffat, 1974).

Parafraseando a Moffat los manicomios son como máquinas de producción de “enfermedad mental” y en cuando a la sexualidad dentro del hospicio no es extraño que se masturben ni que existan prácticas homosexuales entre los internados. Resultado de la institucionalización, la reclusión y la separación entre hombres y mujeres en los pabellones. (Moffat, 1974). Como quien dice que la psiquiatría no tiene fundamentos para explicar el germen de la “enfermedad mental”, sino que la misma es producto de la transformación, de la metamorfosis del cuerpo en cosa, en objeto de estudio, en sustancia material, en sujeto sin alma. Y que la institución psiquiátrica es una ideología cuya estructura es una “fábrica de locos”, la cual cosifica al usuario de Salud Mental y teje un único rol posible de “loco” dentro de la institución monovalente. (Moffat, 1974).

Erving Goffman (2001) fue quien bautizo a las instituciones como el manicomio y las cárceles con el nombre de “institución total”. (Goffman, 2001). Una institución total es aquella que dirige y organiza todas las actividades de una persona porque está internada, pero de tal manera que su fin es “proteger a la sociedad de quienes constituyen intencionalmente un peligro para ellas, no se propone como finalidad inmediata el bien de los reclusos” (Goffman, 2001). No solamente administra el tiempo y la vida cotidiana de acuerdo a la estructura, funcionamiento y costumbre institucional, sino que además restringe la vida social al máximo limitando el vínculo con el afuera de las paredes de la institución. Lo que produce paulatinamente, dice Goffman, un efecto de “desculturización” del sujeto.” (Goffman, 2001).

“En las instituciones de custodia y de trabajo, el interno presumiblemente no necesita más que someterse a una actividad de tipo general; la disposición de ánimo y el sentimiento íntimo con que cumpla el trabajo que se le asigna, no preocupan, al parecer, a las autoridades” (Goffman, E, 2001:124).

Tanto Goffman como Moffat coinciden en que los significados y signos que se proyectan sobre la locura y que se materializan en la institución, agreden y conmocionan continuamente la autoconcepción que tiene el sujeto de su yo o sujeto psíquico. (Goffman, 2001) (Moffat, 1974). No se preocupan por construir un proyecto de vida personal. Las consecuencias de la internación y de ser un “enfermo mental” atacan la integridad de las personas. Desde el punto de vista psicológico ellos aluden a los fenómenos contextuales, la comunicación gestual y corporal del hospicio, el aislamiento, la tortura, el hacinamiento, la carencia de objetos personales, la falta de

espacio privado, la incertidumbre del alta médica y el abandono. Todas estas cosas comprometen la integridad psíquica del sujeto. Se le son amputados los estímulos, los vínculos y las necesidades básicas y se los restringe de los placeres de la vida por el solo hecho de ser diagnosticado y encerrado. (Goffman, 2001) Por tener ideas locas en la cabeza el internado no accede al gobierno de su propia vida, se le niegan los estímulos del sexo y del mundo exterior, y además las consecuencias de la enfermedad en la identidad y en la vida de un “loco” hacen que la praxis, la ciencia médica y el hospital, sean un factor de cronicidad y alienación mental. (Moffat, 1974).

2.2. La confesión: Breve historia de la sexualidad en la época clásica:

La historia en el transcurso de la modernidad trata de un periodo infame, coercitivo, donde las acciones, prácticas y pensamientos en el terreno de la sexualidad también se vieron contaminadas por el puritanismo histórico de los sectores más tradicionalistas de la iglesia. (Foucault, 1977). La sexualidad se encontraba totalmente atravesada por leyes religiosas manifiesta Foucault en “La historia de la sexualidad” (1977). En esta ocasión narra la sexualidad en un proceso de represión de las sociedades modernas y el hábito de la confesión como agente controlador en la época. Acorde a los principios morales de entonces, el secreto y la discreción en temas eróticos era esencialmente parte del ocultismo de la fe católica. Era idóneo hacer narraciones de doble sentido para sofocar las confesiones y el deseo carnal, los católicos se esmeraban en utilizar un lenguaje meticuloso para hablar de sexo en sus confesiones. Siendo el confesionario un aparato instituido por el régimen eclesiástico al que recurrían la clase media alta, pudiente y acomodada de la sociedad. (Foucault, 1977). Se confiesan las conductas inmorales, ilegales, no acorde a los mandamientos eclesiásticos y gubernamentales, que infringen la moral y dañan la honra de las enseñanzas bíblicas. Pero también se confiesan los crímenes, los pensamientos, los deseos, se confiesa el pasado, los sueños, la infancia, la miseria, en fin. (Foucault, 1977).

“Ahora bien, la confesión es un ritual de discurso en el cual el sujeto que habla coincide con el sujeto del enunciado; también es un ritual que se despliega en una relación de poder, pues no se confiesa sin la presencia al menos virtual de otro, que no es simplemente el interlocutor sino la instancia que requiere la confesión, la impone, la aprecia e interviene para juzgar, castigar, perdonar, consolar, reconciliar; un ritual donde la verdad se autentifica gracias al obstáculo y las

resistencias que ha tenido que vencer para formularse; un ritual, finalmente, donde la sola enunciación, independientemente de sus consecuencias externas, produce en el que la articula modificaciones intrínsecas: lo torna inocente, lo redime, lo purifica, lo descarga de sus faltas, lo libera, lo promete la salvación” (Foucault, M, 1977:76).

De esta hipótesis represiva en el discurso de la sexualidad se aprecian dos líneas de abordajes dice Foucault; por un lado el estudio de lo establecido en el régimen, básiase en el en registro de la ley; por otro lado el circuito de ideas y nociones de lo que se considera “normal” o “anormal” en la forma de actuar. Prácticas consideradas indebidas ante el pudor de la época, se inscriben y se cosifican en la búsqueda de la “verdad del sexo” como diferentes tipos de “desviaciones” o mal formaciones. Se traducen en el registro de estos dos parámetros; la norma y la normativa. “¿Exclusión de esas mil sexualidades aberrantes? No. En cambio, especificación, solidificación regional de cada una de ellas. Al diseminarlas, se trata de sembrarlas en lo real y de incorporarlas al individuo.” (Foucault, 1977).

Mientras que en oriente (China, Japón, e India) por ejemplo, el placer y las verdades sobre la sexualidad no se articulaban a las palabras, si no que se trataba de un “arte erótico” (*ars erotica*), un saber del sexo que se transmitía cuerpo a cuerpo. (Foucault, 1977). En occidente en cambio, se desarrolló una “*scientia sexuales*”. (Foucault, 1977). Un dispositivo de control que se regocija en lo prohibido, determinando las representaciones posibles del sexo. No existía en la época una educación sexual, propiamente tal, al contrario, la mística del placer desaparecía en las formaciones discursivas y transformadoras de los rituales de confesión. Al decir de Michel: “La historia de la sexualidad- es decir, de lo que funciono en el siglo XIX como dominio de una verdad especifica- debe hacerse en primer término desde el punto de vista de una historia de los discursos” (Foucault, 1977).

La contaminación moderna es considerada a partir de las investigaciones de Foucault, como constructo científico de una “falsa moral” en el terreno de la sexualidad. (Foucault, 1977). Detrás de todos estos mecanismos de control a través de los discursos los hombres se embarcan en una búsqueda de “la verdad sobre el sexo”, no obstante la formación discursiva de estas verdades esconden algunos aspectos vinculados al poder y al placer. Pero “hay placer en el saber sobre el placer”. (Foucault, 1977).

“Me parece que por poder hay que comprender, primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o, al contrario, los corrimientos, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las tornan afectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales” (Foucault, 1977:113)

El vínculo matrimonial y el mandato heterosexual son fruto de la santidad, la religión y la dinámica social pasada. Antiguamente la administración del sexo se confinaba solo al ámbito del hogar y de la pareja legítima, para las mujeres sobre todo. Así como la idealización de la familia patriarcal, la cotización y reputación del himen, son manipulaciones de la ideología cristiana. (Foucault, 1977).

“(…) es la primera vez que, al menos de una manera constante, una sociedad afirma que su futuro están ligados no solo al número y virtud de sus ciudadanos, no solo a las reglas de sus matrimonios y a la organización de las familias, sino también a la manera en que cada cual hace uso de su sexo. (...) la conducta sexual de la población es tomada como objeto de análisis y, a la vez, blanco de intervención; se va de las tesis masivamente poblacionistas de la época mercantil a tentativas de regulación más finas y mejor calculadas, que oscilaran, según los objetivos y las urgencias, hacia una dirección natalista y antinatalista” (Foucault, M, 1977:36).

Para Foucault el dispositivo de la confesión se encuentra determinado por las prácticas sociales y el poder que las atraviesa. De ahí que el sexo se convirtió en un artefacto de dominación y regulación social. (Foucault, 1997). Es esta es la trama que se desenvuelve en torno a la verdad sobre el sexo y las dominaciones del poder, y se plasman en la primera publicación de “La historia de la sexualidad” de los estudios de Michel Foucault. Donde realiza un análisis de los discursos que remiten a las prácticas con contenidos y representaciones sobre el sexo y la sexualidad, y sobre las relaciones históricas entre el poder y el discurso. (Foucault, 1997).

CAPITULO 3. ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS:

3.1. Cambio de paradigma en Salud Mental:

A punto de partida del análisis de la institución total y los dispositivos de control de la modernidad, en este apartado se desarrolla un breve recorrido de un proceso histórico en Uruguay hacia un cambio de paradigma en Salud Mental. Surge a partir del año 2005 aproximadamente. A partir de este momento se comienzan a desenvolver las primeras discusiones en referencia esta temática en nuestro país. No obstante las primeras reformas psiquiátricas devinieron en Europa y en sus inicios no tuvieron demasiada trascendencia en Uruguay. En América Latina los movimientos para que se dé una reforma con estas dimensiones, se vieron obstaculizados durante el transcurso de la dictadura militar. (De León, 2013)

Según Nelson de León y Judit Kakut (2013), en el periodo 2005-2007 participaron de la “Comisión Asesora Técnica Permanente” creada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el “Programa Nacional de Salud Mental” (PNSM) (puesto en marcha en el año 1986). En esta línea se convoca a redactar y discutir la creación de un nuevo proyecto de ley de “Salud Mental y Derechos Humanos de la República Oriental del Uruguay”, que suplantaría la normativa vigente de la atención psiquiátrica. (De León, Kakut, 2013). A propósito dentro del PNSM se subraya:

(...)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 (...) (MSP, 2011: 5).

El objetivo de la nueva ley redactada expresa en los Artículos 5 y 14, entre otras cosas se dirige a impulsar y fortalecer la legitimidad de los servicios de Salud Mental en los hospitales generales, con estándares internacionales en el nivel de atención. (AAVV, 2009, Art. 5). Y acompañar el progresivo cierre de los hospicios, manicomios e instituciones monovalentes en todo el territorio nacional. (AAVV, 2009, Art. 14). Tal

como se plantea en el Consenso de Panamá (2010) reconocido y avalado por Uruguay donde se impulsa: “La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”- (Consenso de Panamá, 2010). De esta manera, se pretende promover a través de una normativa contemporánea y humanitaria, el ejercicio de los Derechos Humanos. “Es que las garantías de los ddhh de las personas internadas por motivos mentales históricamente han sido vulnerados y el trato en ocasiones degradante y violento”. (De León, Kakut, 2013).

No obstante, a pesar de que en los últimos años Uruguay ha actualizado su jurisdicción, ratificando normativas internacionales y renovando la política sanitaria para la accesibilidad y universalidad de las prestaciones médicas, el reglamento interno de los asilos ha quedado intacto. En el año 2008 la República Oriental del Uruguay legaliza con la Ley N°18.211, la creación de un “Sistema Nacional Integrado de Salud” (SNIS) instaurando un “Fondo Monetario Nacional de Salud” (FONASA). Este modelo integral incluye la coordinación del ámbito público y las instituciones privadas en los servicios brindados. Ampara el derecho al cuidado de la salud inherente a la sociedad civil y defiende el acceso universal y la calidad en la atención conforme a los principios de la bioética y los Derechos Humanos de los usuarios. (Ley N°18.211, 2008, Art.3). Sin embargo en lo que respecta a la atención desempeñada en un hospital psiquiátrico aún se mantiene vigente la Ley N°9.851 del año 1936 de “Atención al psicópata”. Es decir, esta ley mantiene vigente la regulación de un tipo de institución total: el manicomio. Dejando los criterios de Salud mental en manos de los médicos psiquiatras encargados de ejecutar las medidas necesarias para la “rehabilitación” de los usuarios. “Cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad” (Ley N°9581, 1936, Art. 5).

En el Artículo 8 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece que “Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley”, y se explicita en el Artículo 6 la calidad de ciudadano: “Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). En la misma línea De León cita a Kakut expresando lo siguiente:

(...) los derechos humanos llevan intrínseco el concepto de libertad en sentido jurídico y son propios del hombre por su condición humana. No son declaraciones

de reconocimiento que realiza el Estado, sino una realidad esencial del ser humano. El estado debe garantizarlos y reafirmarlos (...) (De León, N., 2013: 66).

Desde el punto de vista jurídico se parte de la siguiente interrogante: “¿Cómo entendemos los Derechos Humanos en Salud Mental?”. (De León, Kakut, 2013). En principio la adhesión de Uruguay a normativas internacionales para personas con padecimientos psiquiátricos es el punto de partida donde se sostienen los fundamentos de este anteproyecto de ley. (De León, Kakut, 2013). Dentro de los que se comprende el “Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos” (1976); “Pacto Internacional sobre los derechos Económicos, Culturales y Sociales” (1976); y la “Convención Americana sobre Derechos Humanos” (1969).

Se agrega además las referencias en torno a las políticas de Salud Mental como la “Conferencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina” (1990) de la OMS y OPS, y lo que fue la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (2006); y la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad” (2001). Entre otros reglamentos y normativas internacionales que se utilizan como insumos básicos para el abordaje de la Salud Mental en materia legal. (De León, Kakut, 2013). En tal sentido en el anteproyecto de ley se define la Salud Mental de la siguiente manera:

“La salud mental es un componente fundamental de la salud integral. Constituye un proceso de determinación histórica, social, económica, cultural, psicológica y biológica, vinculado a la concreción del derecho a la vida digna, al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, entre otros derechos inherentes a su condición de persona.” (AAVV, 2009, Art. 2).

Por otro lado se agrega el enfoque de la discapacidad, ésta se beneficiara en la medida que se distribuyen las responsabilidades en la acción social de cambio, ya que “muchas condiciones son creadas por el ambiente social”. (De León, Kakut, 2013). En este sentido se contempla la discapacidad como algo creado socialmente por las limitaciones que puede llegar a tener una persona y las barreras que levanta la sociedad para la inclusión y la convivencia. (De León, Kakut, 2013).

“En los últimos años existe una mayor conciencia social y jurídica, y la barrera social para la igualdad de oportunidades y condiciones para las personas con capacidades y potencialidades diferentes ha pasado a entenderse como

discapacidad social. El enfoque social de la discapacidad considera la aplicación de la discapacidad principalmente como problema social creado y básicamente como cuestión de la integración completa de personas en sociedad”. (De León, Kakut, 2013:67).

En la misma línea se plantea además que “La sociedad debe eliminar las barreras para lograr la equidad de oportunidades entre personas con discapacidad y personas sin discapacidad, en definitiva integrar la diversidad.” (De León, Kakut, 2013).

Al mismo tiempo en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo” (1994), génesis de los Derechos Sexuales y Reproductivos, se contempla la discapacidad como asunto político, participe de las preocupaciones sociológicas, políticas, religiosas, científicas o de cualquier índole, de producción económica, de oportunidad laboral, de arquitectura de los espacios públicos, del ambiente y del cuidado personal, etc. Se afirma que “subsiste la necesidad apremiante de seguir promoviendo medidas eficaces para la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la realización de los objetivos de participación e igualdad plenas para las personas con discapacidad”. (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994:35). En este ámbito y entorno al empoderamiento de quien acude a los servicios se debe “Preservar la dignidad de las personas con discapacidad y promover su facultad de valerse por sí mismas” (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994:35).

En el año 2008 inclusive, Uruguay se pone en sincronía con los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva en la implementación de la Ley N°18.426: “De los Derechos Sexuales y Reproductivos”. (Ley N°18.426, 2008). Donde el estado se involucra a “asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona” (Ley N°18.426, 2008, Art.2). En la misma línea se alude a la Salud Mental con el objetivo de proteger los derechos y eliminar la violencia, tanto como eliminar las conductas que discriminan y estigmatizan a las usuarias y usuarios. De esta manera se establece que se debe “fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas eliminatorias” (Ley N°18.426, 2008, Art.2).

CAPITULO 4. DEFINICION E HISTORIA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN AMERICA LATINA A PARTIR DEL SIGLO XX.

4.1. Historias de los Derechos Sexuales y reproductivos:

La historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos se remonta a comienzos del siglo XX en la génesis de luchas a fines con el feminismo por la igualdad y el respeto a la dignidad humana, y por la reivindicación de la mujer. Se trata de montar el Derecho a la autonomía y a la vida placentera; a tener experiencias sexuales satisfactorias; a la planificación familiar y acompañamiento terapéutico en los periodos de concepción; al asesoramiento y acceso, de diferentes métodos para evitar el embarazo; y al examen periódico de control de enfermedades de transmisión sexual. En definitiva, se trata de cuidar la Salud Sexual y Reproductiva y elevarla a los estándares Universales de Derechos Humanos. (Gómez, 2013).

Los sucesos en América latina que en los últimos treinta años han logrado hacer cada vez más fuerte la aceptación de los Derechos Sexuales y Reproductivos dentro de las reglamentaciones universales, surgen del dialogo de la sociedad civil con el estado. Actualmente el derecho universalista los lleva explícito en tratados y reglamentos internacionales, pero esto no siempre fue así. (Gómez, 2013). Libertad, igualdad y autonomía en la toma de decisiones es la piedra angular de estas protestas, apelando a los principios fundados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Se basan en la humanidad y en la sencillez del buen trato y abarcan el territorio universal incluyendo la jurisdicción mundial, y se plantea lo siguiente "(...) los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso". (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994:37). Tanto la comunidad como la familia, las instituciones, los colectivos, las juntas, las tribus, las personas, en el campo y en la ciudad, serán los únicos responsables de la educación transmitida a las nuevas generaciones. (Galdos, 2013).

A finales del Siglo XX, ante la polémica situación de las mujeres en Perú y con el apoyo de los movimientos feministas de los países que integran la ONU, empieza un hecho histórico plasmado en la conferencia del Cairo, año 1994, que marcó un hito en la historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos. (Castro, 2010).

La conferencia del Cairo significó un implemento al marco jurídico internacional sobre género y sexualidades, y sobre la calidad de atención en salud con especial énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva. Este documento considera a los seres humanos, seres sexuados que a pesar de nacer en libertad, en condiciones legales de igualdad, son avasallados por las transposiciones del poder y por factores sociales y culturales que los determinan, lo que se expresa como “injusticia social” o en otras palabras “inequidad de género”. (López, 2013). A través de este nuevo enfoque es que surge el concepto de “género” cuyo abordaje permite ahondar en los impactos que dichas desigualdades generan en el proceso salud-enfermedad-atención. López interpela estas discusiones en torno al abordaje de la Salud Sexual como “un terreno de disputa moral, ideológica, política y económica.” (López, 2013). En la misma línea propone:

“(…), porque en definitiva la salud sexual y reproductiva remite a temas y problemas que tienen que ver con el cuerpo, la subjetividad y las relaciones sociales, los derechos humanos, las trayectorias y decisiones sexuales y reproductivas de las personas, su forma de relacionamiento, sus deseos y anhelos, sus modos de vivir y significar los acontecimientos íntimos que son, a la vez, políticos y sociales. Cuestiones todas relacionadas con el poder, los sistemas de valores, las creencias, las concepciones sobre el ser humanos y la sociedad, sobre la vida, la salud y el bien estar” (López, A, 2013:12)

El Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva abarca poder organizar el trabajo, la vida doméstica y poder planificar un embarazo. Así como tener acceso a métodos seguros para inducir el aborto. Implica el derecho a disponer de información sobre alternativas de anticoncepción y decidir autónomamente si tener o no tener relaciones sexuales, donde, con quien, en qué momento, con qué frecuencia, etc. (Galdos, 2013). Además es importante e indispensable para el sujeto, conocer el relevo de la información sobre el estado de salud personal y acceder, si es necesario, al consentimiento informado, sin necesidad de pedirlo y por sobre todas las consideraciones medicas subyacentes. (Galdos, 2013). Abarca además la incrementación de métodos de intervención comunitaria como talleres de expresión, comunicación y charlas informativas de prevención, disminución de riesgos y sobre el diagnóstico precoz en patologías complejas. No solamente asistir concretamente en asuntos puntuales, en el momento de dar a luz o en el tratamiento a las enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo. (Galdos, 2013).

“Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.” (Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994:11).

En el ejercicio de los derechos en Salud, sea cual fuere la especialización médica, independientemente del sanatorio o establecimiento, la calidad en la atención no debe estar contaminada por prejuicios que estigmaticen a las personas o las excluya de sus privilegios. Poniéndola en una situación de desventaja. La calidad en la atención para esta nueva epistemología tiene en cuenta las necesidades y carencias de la población según su condición económica, social, cultural y espiritual, considerando al otro en su situación individual, un sujeto digno. Los casos clínicos deben ser tratados con paciencia y dedicación, de una manera seria y eficiente y los objetivos deben estar comprometidos a confortar la praxis médica, el empoderamiento y el desarrollo oportuno de la autonomía progresiva. (Galdos, 2013).

Los Derechos Sexuales y Reproductivos implican no solo la asistencia médica y la inclusión de la diversidad en la epistemología. Implican también la acción social que produce cambios en la intervención y esto solo se sostiene, dice Roberto Castro, engendrando “ciudadanía”. Esto tiene que ver con la participación activa en la administración de la justicia y la salud y en el uso de la asistencia médica. Se basa en el ejercicio autónomo de los derechos como usuarias y en el empoderamiento, más que como “usuario/o”, como un “sujeto de derecho”. Castro se apropia del concepto de “ciudadanía” en una cita a Hindes:

“El concepto de *ciudadanía* es central para realizar investigación sociológica en torno a derechos en salud. Se refiere a la condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir, con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen.” (Castro, R, 2010:54).

De este modo se introduce a las usuarias/os en la lógica institucional como “sujeto de derechos” y no como “paciente”, cuya etimología deriva de la palabra “pasivo”. Sin

embargo según Castro, el uso y la apropiación de la ciudadanía “(...) se anclan en las desigualdades de género, de clase y de etnia, (...). (Castro, 2010). A la misma vez afirma que la situación de vulnerabilidad es definida por las “condiciones materiales que enmarcan su existencia”. (Castro, 2010). Independientemente de la normativa, que no es una garantía, es fundamental el despliegue de la ciudadanía. (Castro, 2010).

Los permisos y quejas en el vínculo del paciente (que solicita la consulta) y el especialista que brinda el servicio, son, de dos sujetos con Derechos a la libertad de expresión. Pero sucede que dentro de las quejas de la sociedad civil a la práctica profesional, está la crítica al trato muchas veces “inhumano” para con las personas que van a consultar a un especialista médico. En países como México en el periodo de 1996 y 2007 se registraron 18.443 denuncias y el 15% de ellas eran al área de ginecología y obstetricia. (Castro, 2010). Este resultado de un estudio de la *Salud Pública de México* muestra que solo el 5 % de las denuncias parten del sector más empobrecido del país donde se atiende más de un tercio de la población. A partir de esto se concluye que existen *inhibidores sociales* en el uso de los servicios, a los que Castro denominó “factores socioculturales”. Se trata de un fenómeno sociocultural y subjetivo que se refleja en el intercambio de quienes simbólicamente representan el poder de la institución y quienes utilizan la consulta médica. Estos factores socioculturales explicarían la sistemática vulneración, en la pobreza sobre todo, de los Derechos de los y las usuarias, y resalta la necesidad de enfocarse en el desarrollo de una “cultura ciudadana”, para de esta manera inscribirse como agentes activos de todo este proceso institucional. (Castro, 2010).

“Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto *ciudadanas*, y se deja de lado la perspectiva medica que, al construirlas como *pacientes*, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como *recipiendarias pasivas* de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas. Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales que, en la medida de sus posibilidades, cumplen con un determinado estándar de calidad, sino también como agentes sociales comprometidos activamente (si bien, casi nunca conscientemente) en el sostenimiento de un orden –el orden médico- que, a veces muy a su pesar, se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que los victimiza en primer lugar a ellos mismos (...). (Castro, R, 2010:56).

4.2. El enfoque de género y los servicios de salud:

La sexualidad es parte no solo de la organización social y la validación erótica, si no que incluye la implicancia política, subjetiva, comunitaria, económica y social de las personas. (Ramos, 2015). Al decir de Alejandra López (2013): “Lo personal es político”. (López, 2013).

La sexualidad es un campo abstracto en la subjetividad e incluye lo físico del cuerpo humano y los determinantes sociales de la cultura. Teóricamente ha sido funcional en el papel de los genitales en la reproducción y subordinada a los significados de masculinidad- feminidad que se imponen intrínsecamente en los discursos sobre el sexo. Involucra controversias políticas y demográficas, de catastro, de población y de control de población en el sistema democrático. Donde vemos desmoronarse progresivamente los pilares del antiguo régimen feudal, época en que la mujer era excluida de la vida política y el hombre era un ser diplomático, agente social de la política y el gobierno. Parafraseando a López a través de los nuevos estudios de las sexualidades es posible observar un dilema en el ámbito del poder. (López, 2013).

“Las relaciones de poder estructuradas y construidas social y culturalmente no solo organizan las relaciones entre hombres y mujeres, sino también entre diversidad de mujeres y entre diversidad de hombres. En acuerdo con Dixon-Mueller (1993), no es posible pensar la democratización en la relación entre hombres y mujeres –y entre hombre y entre mujeres- si no se democratizan sus intercambios sexuales y la matriz que los sustenta basada en la dupla heterosexualidad- homosexualidad, mujer-varón, femenino-masculino, normal-patológico.” (López, A, 2013:18).

Se asume que históricamente las sociedades han organizado su intercambio sexual en función de las tradicionales lógicas. Asignando roles y creando ideales de masculinidad- feminidad en base a los órganos sexuales y al aparato reproductor. No obstante el concepto de género alude justamente a esto, refiere al significado (social) que se le da a la diferencia anatómicas de los sexos. La fisionomía del cuerpo humano es el centro referencial donde se proyectan expectativas y virtudes sobre el sexo y desde donde se ha construido culturalmente la diferencia, gracias al significado que se le ha asignado a la presencia de los órganos sexuales y reproductivos. Consecuentemente las diferencias entre uno y otro sexo están condicionadas por factores culturales y determinantes sociales. (Gómez, 2002). Elsa Gómez, (2002)

afirma que los estudios de género son esenciales para el abordaje de la inequidad en el área de la salud, ya que el mismo permite desentrañar la distribución de los beneficios y el poder. (Gómez, 2002).

“Género tampoco equivale a mujer. El concepto de género no se aplica a la mujer en si misma –ni tampoco al hombre-, sino a las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder. (...) El género ocupa un lugar central –junto con la clase social y la raza- en el nivel macroeconómico de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica” (Gómez, E, 2002:455).

Parafraseando a Gómez, en las definiciones de la OMS la “inequidad” a diferencia de la “desigualdad” se relaciona con la ética en el campo de la justicia social. (Gómez, 2002). Este concepto es operativo para problematizar las injusticias y desigualdades que son innecesarias en el sector salud y pueden ser evitables. Alberga la equidad de género en el sector sanitario, desde las recomendaciones hacia la OPS implica el acceso a la participación de los ciudadanos en los procesos que afectan la salud. (Gómez, 2002). A raíz de esto afirma que han de considerarse en los estudios de inequidad, cuatro dimensiones a tener en cuenta. Los siguientes “factores” o variables, se deberían implementar en las políticas de OMS y la OPS según Gómez, y formar parte de las legislaciones en el área de la Salud. Estas variables son:

1. El estado de salud y los determinantes socio económicos: La *inequidad* en el estado de salud hace referencia a la atención diferencial entre hombres y mujeres en el uso de los servicios y en el acceso a los mismos. Los objetivos de la inequidad en la salud deberían estar a fines de eliminar las desigualdades y considerar los eventos que determinan el acceso y la atención en el área de la salud. A fin de cuentas se debe eliminar los riesgos que son causados en circunstancias donde pueden ser prevenibles. (Gómez, 2002).

2. Necesidades, recursos y acceso a la atención: La diferencia entre el uso de los servicios y los riesgos para la salud en uno y otro sexo, se miden a consecuencia de las necesidades y los privilegios en la distribución de los recursos. Teniendo en cuenta además el contexto socioeconómico, ya que “la pobreza afecta desproporcionadamente a la salud y supervivencia de las mujeres”. (Gómez, 2002). A pesar de que utilizan más a menudo los servicios de salud, requieren más de una atención diferencial por el privilegio de la procreación. (Gómez, 2002).

3 Financiamiento y capacidad de pago: En este sentido la *inequidad* pasa por el gasto monetario que implica para las mujeres el cuidado de la salud, criticado desde el punto de vista de que “ellas” tienen menos recursos económicos y son más demandantes de los servicios en los periodos de concepción. Además expresa que las mujeres presentan mayor índice de morbilidad en relación a los hombres y afirma “la ventaja de supervivencia no equivale necesariamente a mejor salud”. (Gómez, 2002).

4. Responsabilidad en el cuidado de la salud y poder: La importancia resaltada de la participación en los cuidados de la salud tiene dos dimensiones, por un lado la distribución del trabajo, considerando las horas en que se gestiona y se cuida la salud, y en segundo lugar se entiende que la distribución del poder dentro de la formalidad de los cuidados, disipa la fuerza productiva de las mujeres, ya que son las que más gestionan y trabajan para la promoción de salud y prevención de enfermedades. (Gómez, 2002). Sobre todo si se trata del cuidado de enfermos crónicos y niños. No obstante en el sector formal según Gómez no se les reconocen estos privilegios y llama a este fenómeno “discriminación encubierta”. (Gómez, 2002). Por ello resalta la importancia de distribuir las responsabilidades y las exigencias, alledaño se promueve la *participación democrática* de toda la población en asuntos de interés público. (Gómez, 2002).

“La equidad de género en el ámbito de la salud debe entenderse, entonces, como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico.” (Gómez, 2002:455).

A propósito en España, un estudio realizado sobre “Género y Salud Mental” plantea algunos aspectos diferenciales en la aparición de conductas patológicas y la morbilidad psiquiátrica entre hombres y mujeres con antecedentes psiquiátricos. (Montero, 2004). Se aprecia en la observación que algunas diferencias notables se encuentran en los determinantes sociales, en “patologías vinculadas a los roles femenino- masculino”. Estas se sujetan a factores valorados socialmente, como la situación laboral, el machismo, la exigencia de la “hombría” en los varones, entre otras cosas. En el caso de las mujeres y el trabajo, se considera la devaluación de la mano de obra femenina y las dificultades para entrar en el mercado laboral. En este caso se analizan los impactos en el bienestar según el significado que se le adjudica al trabajo, el valor que este implica en la vida de la persona, y para con su situación económica. (Montero, 2004).

Por otro lado se destaca la influencia de los psicofármacos en el metabolismo y la actividad de las hormonas sexuales en el ciclo reproductivo, y se empieza a dar más importancia a los procesos de gestación. La vida en el útero y la exposición perinatal, se dice es una de las principales causas del dimorfismo sexual. (Montero, 2004). La atención en las fases del ciclo femenino es el centro de intervención diferencial que según los especialistas, no se tienen en cuenta en el hospital psiquiátrico. (Montero, 2004). ¿Cómo afecta el metabolismo de los psicofármacos en el aparato reproductivo? ¿Cómo se contrarrestan los psicofármacos y el ciclo menstrual? ¿Se pone en riesgo la fertilidad en los tratamientos?. Estas son algunas de las preguntas que surgen a partir de la revisión crítica y la falta de información existente sobre los efectos de los psicofármacos sobre el estado de salud. (Montero, 2004). Sin embargo se ha demostrado que las mujeres presentan mayor cantidad de residuos medicamentosos que los hombres, esta concentración de psicofármacos durante el ciclo disminuye la respuesta sexual en las mujeres, más que en los hombres. (Montero, 2004).

Diferencias de género en la experiencia de prestar cuidados: (Montero, 2004). En España más del 80 % de los casos crónicos viven en el hogar y son cuidados por la familia y más de dos tercios de los cuidados lo brindan las mujeres, madres, esposas, hermanas. La familia, que en un principio fue considerada por la psiquiatría “culpable” de la enfermedad, es responsable de los cuidados pero no cuentan con el apoyo social suficiente y carecen de información. (Montero, 2004). Además los grandes cambios de las familias contemporáneas y la sucesiva inclusión de la mujer en el mercado laboral, “ponen en peligro la continuidad del cuidado familiar”. (Montero, 2004).

“Las mujeres experimentan un mayor nivel de sobrecarga, así como mayores repercusiones en su estado de salud psíquico y físico, que los cuidadores principales hombres, sin que hasta la fecha esté bien establecido el mecanismo que explique las diferencias en el impacto sobre la salud”. (Montero, 2004:179).

Según Montero, (2004) esta sobrecarga familiar es la preocupación principal de la psiquiatría comunitaria y los costos de intervención comunitaria deben ser considerados dentro de los costos del tratamiento en sí. Los datos acumulados no dejan en claro la precisión de la morbilidad en todos estos casos pero si la necesidad de abordar y estudiar este fenómeno con un perspectiva de género. Seguir indagando el tema. Cada vez se torna más imprescindible la formación de profesionales en el estudio de género y sexualidades en Salud Mental. (Montero, 2004). Concluyendo se expresa que “Es difícil explicar las diferencias encontradas en la utilización de los

distintos recursos de salud mental. Hasta que éstas no se evalúen desde una perspectiva de género, y no sólo tomando el sexo como una variable estructural más, no tendremos respuestas más allá de la especulación.” (Montero, 2004).

A partir de los desarrollos en el estudio sobre las sexualidades, estos parten de la base que considera, en un momento histórico dado, la organización erótica y la validación de los discursos socialmente. En este sentido la Salud Sexual implica abrir el abanico sobre la discusión de la compostura ética de procesos sociohistóricos acerca de los aspectos que aluden a la inequidad de género dentro de los dispositivos y los controles gubernamentales. (López, 2013). En la misma línea, López cita a Snan y agrega:

“Los estudios sobre las sexualidades pueden comprender los deseos eróticos, las fantasías y un conjunto de prácticas, sensaciones y hábitos que involucran al cuerpo. Pueden referirse también a las relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades, discursos y significados construidos socialmente en torno a los deseos y prácticas eróticas. Pueden comprender, además, las relaciones entre esas ideas y los deseos y prácticas. En las sociedades modernas, pueden referirse también a las clasificaciones que se asignan a las personas según sus preferencias, así como las autodefiniciones que algunas personas y comunidades hacen de sí mismos a partir de sus opciones sexuales. En síntesis, para este discurso, la sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas histórica y culturalmente. Un comportamiento, un deseo o una fantasía se vuelve sexual a partir de significados socialmente construidos. Lo que es sexual en una cultura o en un momento histórico, no lo es en otros” (López, A, 2013:21).

Según Alejandra López (2013) las investigaciones y los aportes de la academia, más la intervención de la sociedad civil en el ámbito público-legislativo, son el puente principal desde donde se intenta soslayar el abordaje de las políticas sanitarias del estado. (López, 2013). Es preciso además seguir indagando e incorporando en los asuntos políticos y en la formación, el abordaje con un enfoque de género y Derechos Humanos, entre ellos, los Derechos Sexuales y Reproductivos. (López, 2013).

Conclusiones:

La locura como enfermedad mental ha sido un campo de problemática y disyuntiva en la sociedad científica, tanto como la práctica médica con el loco en el terreno de la ética profesional es también puesto a prueba constantemente. En fin, en el terreno de la locura se despliegan diversos discursos y experiencias que abarcan además el análisis de la subjetividad, el atravesamiento de cuestiones vinculadas al género y a la sexualidad.

Los hechos que se aluden en este recorrido teórico demuestran que históricamente se ha negado la posibilidad de ser diverso en función del interés corporativo. Y que la concepción misma de “locura” o de “enfermedad mental” siempre se sostiene en los arraigos de la ideología política, la cultura, la economía, la convivencia, la forma de pensar de la época, los modos de organizarse socialmente, de traicionarse, de reprimirse, de tolerarse, de amarse o de destruirse.

Todo lo anterior me hace pensar en la creciente plusvalía del poder médico sobre la génesis de un conocimiento objetivo y actualizado de su propia obra de arte. El arte reformativo, los procedimientos y técnicas invasivas, tratos abusivos, la subordinación de unos sobre otros y el asalto a la propiedad privada forman parte de la dinámica que desempeña violentamente el poder psiquiátrico.

A punto de partida de la inclusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco legal es posible abordar algunas problemáticas de la inequidad de género en torno a la “enfermedad mental”. Pero sobre todo vale destacar en el cuidado de los casos crónicos, el impacto que generan estas desigualdades en la distribución de roles en la sociedad, sobre la salud, y la importancia de focalizar en la prestación de los cuidados y la atención comunitaria para con las familias que se hacen responsables. Brindar apoyo e información y fomentar la participación social de todos los actores sociales en la promoción de la salud y la prevención de la morbilidad. Incluyendo la morbilidad psiquiátrica. No obstante el derecho a la calidad de vida y a ser tratado como sujeto digno es un principio universal de los Derechos Humanos, abordado con especial énfasis en los estudios de las sexualidades y el enfoque de género en el sector salud.

Desde un punto de vista ético -legislativo en función de todo lo expuesto anteriormente, pienso que el empoderamiento de los usuarios de Salud Mental se encuentra limitado en función de su incapacidad jurídica en el ámbito legal y por lo que la sociedad civilizada suele representarse, cuando piensa en un usuario de Salud Mental diagnosticado como “enfermo mental”. Me atrevo a decir además que al igual

que la discapacidad, la liberación de los oprimidos en el manicomio se ancla en condiciones y conspiraciones externas creadas por el ambiente social. Aludiendo a las palabras de Nelson de León agregó que "(...) La locura no solo es enfermedad mental, ni es propiedad de algunos. ¿Qué diríamos de la locura del amor, de la locura de la creación artística? Pero también de la locura de la corrupción, de la pobreza, la locura de la violencia y muerte hacia los niños (...)". (De León, 2002).

Solo me queda decir que lado las dificultades en la organización pública para solucionar los problemas de desigualdad, pobreza e inseguridad pública se han tornado en un crónico proceso de estigmatización y exclusión social. Pero por otro lado las estrategias estatales para controlar fenómenos como la salud pública, la reproducción de población y la calidad de vida se vinculan con la sucesión legal de los Derechos Humanos y los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Por último deseo destacar, hablando de la locura y como profesionales de la Salud Mental, la importancia de incluir el enfoque de género y diversidad sexual en la formación. Señalo además que el abordaje de género en el estudio de las sexualidades y la Salud Sexual no implica necesariamente hacer hincapié en el intercambio sexual, tanto como la dignidad humana que se intenta corregir no deviene de la accesibilidad en los periodos de concepción únicamente. El abordaje de género y sexualidades implica desligar las barreras que prohíben a los usuarios acceder a los mejores estándares de atención y Derechos Humanos en todas las áreas de la vida.

Referencias bibliográficas:

-Abero, B. Benedet, L. Blanco, R. Lara, C. López, P. Ramos, V. Rossi, S. Varela, C. & López, A. (2015). *Adolescentes y sexualidad: Investigación, acciones y política pública en Uruguay*. Montevideo- Uruguay. Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

-Castro, R. López, A. (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo- Uruguay. Programa de Apoyo a Publicaciones 2009 de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República.

-De León, N. (Coord.) (2013). *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo, Uruguay. Ediciones Levy.

De León, N. (Coord.) (2013). *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros waslala

-De León, N. (2005). *¿Por qué no hablar con la locura? En Tránsitos de una Psicología Social* (pp.117-126). Montevideo, Uruguay. Editorial Psicolibros Waslala.

-Diccionario de la Real Academia Española. (2001). Edición veintidosava. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=locura>.

-Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. México. Fondo de Cultura Económica.

-Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar*. Nacimiento de la prisión. Madrid España. Siglo Veintiuno Editores.

-Foucault, M (1977). *La historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid. Siglo Veintiuno Editores.

-Galdo Silva, S. (2013). *La conferencia de el Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva*. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 455-60.

- Gómez, A. (2013). *Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en psicología en Uruguay*. Recuperado de: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files ftp/comunicacion/CONFERENCIA-2013.pdf>

-Gómez, E. (2002). *Equidad, género y salud: retos para la acción*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf>

-Goffman, E. (1961-2004). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

-Montero, I. (2004). *Género y salud mental en un mundo cambiante*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028

-Parafita, D. (2010). *Recorrido Histórico sobre las concepciones de Salud y Enfermedad*. Área de Salud, curso Niveles de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Ficha temática. Recuperado de: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasc oncepcionesdeSE1.pdf

-Vásquez, A. (2011). *Antipsiquiatría: deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica*. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.

-Szasz, T (1981). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Documentos:

-Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay (2007). Disponible en: http://www.vilardevoz.org/wp-content/uploads/2013/01/10_09_ANTEPROYECTO_DE_LEY_DE_SALUD_MENTAL_DE_LA_ROMA.pdf

-Declaración de Caracas (1990). Disponible en:
http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

-Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Recuperado de:
http://www.agpd.es/portaIwebAGPD/canaIdocumentacion/legislacion/organismos_internacionales/naciones_unidas/common/pdfs/D.1-cp--DECLARACION-UNIVERSAL-DE-DERECCHOS-HUMANOS.pdf

-Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud (2007). Disponible en
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

-Ley N° 9.581 Psicópatas (1936). Disponible en:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=09581&Anchor=>

-Lay N° 18.426 De los Derechos Sexuales y Reproductivos (2008). Disponible en:
<https://sip21-webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8495693.htm>

-Plan de Implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011). Disponible en:
http://www.comef.com.uy/pub/protocolos_normativas/Salud%20Mental%20%20Prestaciones.pdf