



Los dispositivos foucaultianos y la salud mental en Uruguay

Foucaultian devices and mental health in Uruguay

Dorta Germán**

mandorta70@gmail.com

Universidad Nacional de la República Uruguay

Resumen

Los discursos referidos a la necesidad de cambios en la atención en salud mental, que modifiquen la lógica de atención centrada en el asilo, desde la época de posguerra en Europa pasan a establecerse como orientación de la política pública en salud. Sin embargo, en Latinoamérica y más precisamente en Sudamérica, las reformas en salud mental comienzan a plantearse en el debate público a partir de la década del 80. El siguiente artículo se propone explicar las particularidades del cambio en la atención en salud mental en Uruguay, a partir del concepto foucaultiano de dispositivo. Identificamos que el concepto de dispositivo y las tipologías que Foucault (2004/2006) plantea en el seminario *Seguridad, territorio y población*, nos permite trazar la heterogeneidad que constituye el campo de la salud mental en Uruguay. Una estrategia de poder sobre la vida en términos anatomopolíticos, permitió establecer al manicomio como principal sostén institucional de la salud mental, aunque en estos momentos es cuestionado tal como establece la ley de salud mental uruguaya del 2017. El cierre de las estructuras asilares y monovalentes y una atención comunitaria según plantea la Ley 19.529 (Uruguay, 2017), expresa regímenes de libertades que deben ser asegurados para aquellos que padecen problemas de salud mental, a su vez dichas libertades plantean costos para la sociedad en su conjunto. En este sentido, el dispositivo de seguridad oficia como grilla de inteligibilidad sobre los cambios de la salud mental desde el 80, en donde se configura un campo heterogéneo y regulado mediante la producción y gestión de libertades bajo el supuesto resguardo de un interés colectivo.

Además de indagar sobre el concepto de dispositivo foucaultiano y sus tipologías aplicadas a la atención en salud mental en Uruguay, se mostrará cómo el problema de la seguridad se modula planteando a la comunidad como espacio de gobierno ejemplar en salud mental. A través de textos prescriptivos (Foucault, 1984/1986) como el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 y la Ley de salud mental aprobada en 2017, se identifica a la salud mental como un campo heterogéneo y constituido en función de una estrategia de biopoder, que mediante la noción de dispositivo podemos analizar.

Palabras clave

Dispositivo
disciplina
seguridad
salud mental

Recibido: 10/08/2022

Aceptado: 17/09/2022

Abstract

The discourses referring to the need for changes in mental health care, which modify the logic of care focused on asylum, since the post-war period in Europe have become established as the orientation of public health policy. However, in Latin America and more precisely in South America, mental health reforms began to be considered in the public debate in the 1980s. The following article aims to explain the particularities of the change in mental health care in Uruguay, through from the foucaultian concept of device. We identify that the concept of device and the typologies that Foucault (2004/2006) raises in the seminar Security, territory and population, allow us to trace the heterogeneity that constitutes the field of mental health in Uruguay. A strategy of power over life in anatomical-political terms, made it possible to establish the asylum as the main institutional support for mental health, although it is currently questioned as established by the Uruguayan mental health law of 2017. The closure of asylum and monovalent structures and community care according to Law 19,529 (Uruguay, 2017), expresses regimes of freedoms that must be ensured for those who suffer from mental health problems, in turn these freedoms pose costs for society as a whole. In this sense, the security device acts as an intelligibility grid on the changes in mental health since the 1980s, where a heterogeneous and regulated field is configured through the production and management of freedoms under the supposed protection of a collective interest. In addition to investigating the concept of the foucaultian device and its typologies applied to mental health care in Uruguay, it will be shown how the problem of security is modulated by considering the community as an exemplary government space in mental health. Through prescriptive texts (Foucault, 1984/1986) such as the National Mental Health Plan of 1986 and the mental health Law approved in 2017, mental health is identified as a heterogeneous field and constituted based on a biopower strategy, which we can analyze through the notion of device.

Keywords

Device
discipline
safety
mental health

Introducción

El concepto de dispositivo en Foucault tal como plantea (Vega 2017), forma parte de la analítica del poder del curso Seguridad, territorio y población de 1978, en donde el filósofo francés establece algunas coordenadas que nos permiten visualizar los alcances de este concepto.

La tipología planteada por Foucault (2004/2006) en las clases del 18 y 25 de enero del 1978, hacen del dispositivo un concepto clave a nuestro entender para pensar en términos teóricos y metodológicos las modalidades de constitución de un campo de intervención como la salud mental. En este caso se plantea que el concepto de dispositivo nos permite identificar los cambios en las modalidades de atención en salud mental, planteados en la época de posguerra por organismos de alcance internacional, y que en Latinoamérica comienzan a introducirse al culminar las dictaduras militares en el Cono Sur (De León, 2014). Las analogías entre el manicomio y los campos de concentración, o centros de torturas, han impactado en las racionalidades de gobierno estatales en relación a cómo debe llevarse a cabo una correcta atención en salud mental. En Uruguay se ha venido materializando un proceso de reconfiguración de la atención en salud mental, que tradicionalmente partía de un abordaje centrado en el hospital asilar, al pasaje a programas de acción que proponen un abordaje en espacios extramuros. Desde la salida de la dictadura cívica-militar con el Plan Nacional de Salud Mental en 1986, y la ley 19.529 (Uruguay, 2017) de salud mental, una nueva orientación de los servicios de atención complementan al clásico dispositivo disciplinario.

La salud mental como una problemática y por lo tanto objeto de existencia, es establecida por parte de la política pública uruguaya como un campo heterogéneo, que integra desde los enfoques centrados en la

enfermedad mental como un problema de abordaje individual, a una perspectiva más amplia en cuanto a los abordajes. A una atención dirigida al cuerpo enfermo que debía volverse dócil, se le complementa una atención dirigida a la población. El Plan Nacional de Salud Mental ([Ministerio de Salud Pública, 1986](#)) es un documento que establece un acontecimiento discursivo, entre un sistema de atención que apuntalaba el cuerpo del enfermo en el marco del hospital asilar, a una atención comunitaria de la población. Este movimiento de integración que constituye a la salud mental como un campo heterogéneo, se institucionaliza jurídicamente con la Ley 19.529 ([Uruguay, 2017](#)).

La articulación entre un discurso que no hablará de enfermos mentales o psicópatas ([Uruguay, 1936](#)) únicamente, sino de la población en general como usuaria de los servicios (o en su defecto trastornados mentales), y la integración de mecanismos de poder cada vez más laxos que los disciplinarios, permiten identificar una heterogeneidad de elementos que componen a la salud mental. Por lo tanto, utilizaremos el concepto de dispositivo para dar cuenta del conjunto de vectores heterogéneos, que forman parte de la construcción permanente de la salud mental en Uruguay.

Las tipologías foucaultianas planteadas en *Seguridad, territorio, población* ([Foucault, 2004/2006](#)), oficiarán como soporte teórico para visualizar las particularidades de los dispositivos en salud mental en el siglo XX y comienzos del siglo XXI. En este sentido se trabajará: 1) el concepto de dispositivo foucaultiano según distintos autores contemporáneos; 2) las tipologías foucaultianas sobre los dispositivos en relación a los abordajes en salud mental en Uruguay; y 3) la perspectiva comunitaria que se integra dentro de la salud mental como solución al problema de la seguridad.

1. El dispositivo en Foucault como grilla analítica

Puede que Deleuze ([1990/2007](#)) sea quien nos permitió a todos aquellos lectores de Foucault, aproximarnos con más claridad a algo de lo que decía el nacido en Poitiers ([Eribon, 1989/2020](#)), en relación al concepto de dispositivo. En el texto *¿Qué es un dispositivo?* Deleuze (1990) concibe al dispositivo en tanto conjunto multilíneal, en permanente variación y de límites no objetivables. La imagen del dispositivo como madeja u ovillo, ilustra los múltiples vectores o líneas que lo conforman, así como su indeterminabilidad. Líneas de visibilidad, de enunciabilidad, de fuerza, de subjetivación, entre otras, componen al dispositivo foucaultiano ([Deleuze, 1990/2007](#)). En la clase *Ver y hablar. Arqueología, archivo y saber* Deleuze (1985/2013) tomará a la visibilidad y enunciabilidad como elementos que necesariamente son irreducibles (no hay isomorfismo entre lo visible y lo enunciable), con el cometido de explicar lo constitutivo de una formación histórica, en donde la noción de dispositivo es central. Para ([Deleuze 1985/2013](#)) el agenciamiento entre lo enunciable y lo visible, donde no toda combinación es posible, es la función del dispositivo. “Este agenciamiento de lo visible y lo enunciable como constitutivo de la formación histórica es lo que Foucault llamará, en su propia terminología, un dispositivo” (p. 33). Para Vega ([2017](#)) la lectura deleuziana sobre el dispositivo foucaultiano implica pensar el dispositivo en tanto máquina.

La perspectiva deleuziana sobre el dispositivo como “máquina de hacer ver y de hacer hablar” (Deleuze citado por [Vega, 2017](#), p. 143), establece un “carácter fuertemente productivo” (p. 143). En este sentido el dispositivo es una positividad, que desplaza a la tradicional concepción del saber en términos ideológicos, y las concepciones restrictivas del poder ([Vega, 2017](#)). El dispositivo foucaultiano nos permite dejar a un lado toda teoría representacional del conocimiento y por otro lado poder apreciar los alcances del poder en términos de producción, aspecto central para el filósofo francés. Estos puntos de vista serán imprescindibles en términos metodológicos, para todo aquel investigador perteneciente a cualquier dominio de las ciencias humanas.

1.1. El dispositivo como invención para pensar el poder

Para Chignola (2016) el término de dispositivo le sirve a Foucault para descentrarse del análisis del discurso, dado que el dispositivo además de poner en relación discursos entre los elementos que lo componen, permite articular “reglamentos, soluciones arquitectónicas, decisiones administrativas, proposiciones morales y filosóficas, tecnologías” (p. 173). En el mismo sentido Vega (2017) establece que, a partir del 1970, Foucault utiliza la noción de prácticas no discursivas dando cuenta de un dominio constituido por el poder, debiendo establecer “la modalidad de la relación” (p. 138) entre las prácticas discursivas y la dimensión del poder (prácticas no discursivas). El dispositivo es un concepto que busca ocuparse de la articulación entre lo discursivo y el dominio del poder (Vega, 2017). Por lo tanto, el concepto de dispositivo permite ubicar nuestra reflexión sobre los mecanismos de poder que modulan el campo de la salud mental. Sin embargo si bien se privilegia el dominio del poder, hay una necesaria articulación con el plano discursivo.

Revel (2009), al igual que los autores antes mencionados, señala que el dispositivo en la obra foucaultiana aparece para designar “operadores materiales de poder” (p. 52), dentro de los que se encuentran estrategias y técnicas de sujeción. Para la autora la naturaleza heterogénea de los dispositivos involucraría los discursos así como las prácticas. Por lo tanto, si bien el dispositivo emerge para tratar la cuestión del poder, afirmación generalmente aceptada, dicho concepto no implica un tratamiento exclusivo de los mecanismos de poder, sino que oficia de articulador entre estos y las prácticas discursivas. El dispositivo emerge como herramienta teórica para articular planos de análisis y en este sentido tiene una utilidad metodológica, pero también para referirse a una temática central y tal vez causante de gran parte de la popularidad del filósofo francés: el poder.

El dispositivo como grilla de inteligibilidad de los textos foucaultianos a partir de la década del 70, es clave si comparamos la ausencia de esta herramienta teórica en los comienzos de la obra foucaultiana. Tal como menciona Castro (2004), en textos como “La arqueología del saber” y “Las palabras y las cosas” (anteriores a la década del 70), las prácticas discursivas y la descripción de sus reglas ocupan un lugar central, sin que se expliciten los mecanismos de poder en cuestión. Castro (2004) presenta un período en Foucault representado por las obras antes mencionadas, en donde el objetivo está orientado a describir una episteme (aludiendo a un orden discursivo) en términos de resultados y desde un punto de vista arqueológico, y por otro lado obras como “Vigilar y Castigar”, “La voluntad de saber”, que expresan una preocupación por los cambios discursivos y no exclusivamente en la descripción de sus resultados. La genealogía será la descripción que tiene en cuenta los cambios, aunque privilegiando un punto de vista diferente a la concepción marxista, en el sentido de disolver el economicismo propio de la teoría marxista (Foucault, 1997/2014).

El dispositivo además de desplazar a la episteme según Revel (2009), es parte de un pasaje necesario que permite al filósofo francés ir de lo micro como punto de vista metodológico, a trabajar problemas globales como la sexualidad, o en nuestro caso la salud mental.

1.2. El dispositivo y el problema analítico entre lo micro y lo macro

Vega (2017) señala el nivel en la escala de análisis que tienen en cuenta los dispositivos, para dar cuenta de su potencial como herramienta teórica. El autor establece que textos como *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2002/2005) o el primer tomo de la *Historia de la sexualidad* (Foucault, 1976/2012), presentan un análisis en términos microfísicos para pensar el poder, en tanto designan “el lugar de encuentro entre el poder y los cuerpos, entre los enunciados considerados como legítimos y las identidades referidas a los individuos” (p. 155). Este espacio microfísico singular y concreto, se diferencia de un poder reconocido en la figura del Estado; en donde priman las relaciones de poder sostenidas por medio de técnicas y procedimiento, dejándose

a un lado una concepción de poder que buscaba la titularidad de quien supuestamente tendría poder. Aunque lo importante a destacar es que tal como menciona Vega (2017), el punto de arranque desde el micropoder (o relaciones a nivel local), es un aporte metodológico “que permite luego proyectarse hacia el orden de los fenómenos globales para considerarlos a la luz de las relaciones de poder microfísicas (p. 156). El primer tomo de la *Historia de la sexualidad* (Foucault, 1976/2012) deja en evidencia esto en el capítulo 5, en donde el filósofo francés menciona que “en la unión del ‘cuerpo’ y la ‘población’, el sexo se convirtió en blanco central para un poder organizado alrededor de la gestión de la vida más que de la amenaza de muerte” (p. 139). En este sentido se plantea el dispositivo de sexualidad desde “técnicas de poder que le son contemporáneas” (p. 143). Estas técnicas de poder incluyen aspectos disciplinantes como reguladores, pero lo fundamental y clave en nuestro análisis, es cómo Foucault (1976/2012) visualiza el dispositivo de la sexualidad como aquel que refiere a dos escalas de análisis, en relación a un objeto producido en el marco de una estrategia de poder: el sexo. “El sexo es, a un tiempo, acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. Es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones” (p. 138).

En la salud mental creemos que se aplica un acceso a la vida desde una anatomopolítica dirigida al cuerpo del enfermo mental, así como una biopolítica a la población en general. El concepto de dispositivo articula una dimensión micro referida a las relaciones de poder, en donde se hace énfasis en lo disciplinar, pudiendo recurrir a la especificidad en que sus elementos se relacionan bajo la tipología del dispositivo disciplinario, y por otra parte un dispositivo de seguridad que capta fenómenos de índole global como la seguridad social o la salud mental, dentro de los parámetros de la política pública.

Para Vega (2017) cuando Foucault trabaja en el campo de los fenómenos globales a fines de la década del 70, la noción de *gubernamentalidad* aclara el lugar otorgado a la “microfísica del poder” (p. 157). La microfísica en cuanto al poder no sería una cuestión de escala sino de punto de vista, en donde la gubernamentalidad oficia de punto de integración entre las herramientas teóricas de principios de 1970, como el concepto de dispositivo, y los problemas de gobierno. En este sentido el criterio al no ser de escala sobre los fenómenos a estudiar en cuanto a la circulación del poder, la multiplicidad como concepto clave (Vega, 2017) nos permite metodológicamente identificar sus particularidades. Tomando los aportes del filósofo argentino afirmamos que las tipologías planteadas por Foucault (2004/2006) en *Seguridad, territorio y población*, en términos de dispositivos soberanos o jurídicos, dispositivos disciplinarios, dispositivos de seguridad, nos permiten evidenciar la heterogeneidad que compone el campo de la salud mental. El concepto de dispositivo en tanto multiplicidad (Vega, 2017), indeterminabilidad (Deleuze, 1990/2007), articulador de prácticas discursivas con prácticas no discursivas, nos ofrece un margen metodológico necesario para concebir a la salud mental como campo en construcción permanente y constituido por elementos heterogéneos. La heterogeneidad de la salud mental se evidencia en la especificidades relacionales que se articulan dentro y entre los diferentes dispositivos (jurídicos, disciplinarios, de seguridad), conformando así el campo de la salud mental.

2. La salud mental: un campo heterogéneo

La salud mental pensada bajo el concepto de dispositivo necesariamente nos lleva a afirmar la heterogeneidad en su constitución. Castro (2004) plantea al dispositivo como red de relaciones entre elementos heterogéneos, entre los que se encuentran las disposiciones administrativas, los reglamentos, las leyes, los discursos, enunciados científicos, postulados filosóficos y morales, la arquitectura de un espacio, instituciones, etc. La naturaleza de la relación entre los distintos elementos, hará a la especificidad del dispositivo (soberanía, disciplinar, seguridad, etc.) que busca responder a una urgencia en términos estratégicos (Castro, 2004; Vega, 2017). La singularidad histórica que hacen a las prácticas de atención de los enfermos mentales en Uruguay desde fines del siglo XIX, dan cuenta del acoplamiento de distintos dispositivos que otorgan

dinamismo y variabilidad a la salud mental como campo heterogéneo, que escapa a la homogeneidad de la cuestión sanitaria exclusivamente.

2.1. El dispositivo de soberanía

Vega y Avellaneda (2013) mencionan que en 1973 Foucault caracteriza el mecanismo (o dispositivo) de la soberanía, como un sistema de relaciones que no conforman un espacio ordenado, sino que en este “confluyen conflictivamente diferentes estructuraciones jerárquicas difíciles de integrar en un único esquema” (p. 273). El panorama caracterizado por Barrán (1990/2017) antes del 1900 como *barbarie*, nos remonta a una singularidad histórica caracterizada por un Estado uruguayo frágil desde punto de vista institucional, que a su vez deja en evidencia “un entrelazamiento de relaciones que podríamos calificar de heterotópicas” (Foucault 2002/2005, p. 91). Este tipo de relaciones propio del dispositivo soberano entrelaza “lazos locales y contractuales” (p. 91), compromisos personales con colectivos. Además de las diferencias cualitativas en cuanto a las relaciones que se establecen en el dispositivo soberano en relación al disciplinar, el filósofo francés en el seminario *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2002/2005) dirá que las relaciones de soberanía se diferencian de las disciplinarias, debido a que en las primeras existe un polo destacadamente intenso de individualización, el padre en la familia o el rey en el reinado. El ejercicio de un poder intenso en términos de individualización, se identifica en la lógica paternalista del caudillo como una característica del siglo XIX y principios del novecientos en Uruguay (Barran, 2004), ilustrando a su vez un no anonimato en cuanto al poder.

La institucionalización de la atención de los enfermos mentales a principios del novecientos, forma parte según Barrán (1990/2017) del proceso de modernización en Uruguay, que se llevó a cabo en tres décadas a diferencia de Europa, en donde el proceso comprendió tres siglos. Un dispositivo jurídico constituido por leyes, reglamentos, instituciones, que se articulan para constituir en un primer momento, la delimitación de un territorio que estableció las bases institucionales para identificar deberes y responsabilidades a los ciudadanos y al Estado. El dispositivo jurídico según Foucault (2004/2006) vuelve a todo individuo suscriptor del contrato social, reconociéndolo y prorrogándolo “a cada instante en su propio comportamiento” (p. 65). La función del dispositivo legal reside en una “determinación de las cosas, y tanto más cuando están prohibidas” (Foucault, 2004/2006). El orden que se establece surge en relación a lo prohibido, en palabras de Foucault (2004/2006) “El orden, en efecto, es lo que queda una vez que se ha impedido todo lo que está prohibido” (p. 68). Aunque para codificar lo prohibido, el dispositivo jurídico funciona en un plano imaginario o en términos de potencialidades, es decir “imaginar todas las cosas que podrían hacerse pero no hay que hacer” (p. 69).

Según Barrán (1994) el terror ante la locura de la sociedad del novecientos, responde a la fascinación por el orden, el “autocontrol de la pasión y la planificación de la existencia” (p. 40), viendo en la locura la negación absoluta de una vida ordenada y una amenaza a los intentos de constituir un *ethos* civilizado. La Ley de Asistencia Pública de 1910 establecía la responsabilidad estatal sobre el cuidado de sus ciudadanos, cortando décadas de cuidados sostenidos por parte de las instituciones religiosas que funcionaban bajo una lógica filantrópica (Duffau, 2013).

Este proceso modernizador de fines del siglo XIX y comienzos del XX, que será la base institucional del Estado moderno uruguayo (Casarotti, 2007; Cheroni, 1993), en el dominio de la salud estableció cambios en la conducción de los servicios en salud. La medicina desplazaba a las instituciones religiosas, por medio de un dispositivo disciplinar que apuntala la vida en términos individuales. La constitución de un *ethos* basado en la docilidad de las pasiones, da cuenta de un dispositivo disciplinario basado en relaciones monótonas e isotópicas (Foucault, 2002/2005). Entre los que debían ser civilizados se encontraban los locos, después llamados enfermos mentales (Uruguay, 1936).

El proceso civilizatorio implicaba una posición subjetiva que oficiara como corte, de una época bárbara caracterizada por una sensibilidad de excesos (Duffau, 2013) y una institucionalidad que domesticara

pasiones. El loco, el vagabundo, las prostitutas y los pobres, serían objeto de prácticas, además de jurídicas, disciplinantes.

2.2. La sociedad disciplinaria

La impronta de un gobierno militar como el ejercido por el Coronel Latorre, inaugura en el escenario uruguayo un período^[1] de medidas disciplinantes en varios planos: delimitación territorial por medio del alambramiento de los campos; la ley de educación común; creación de la policía, de jefaturas departamentales y jurisdicciones militares (Scarlatta, 1998). Estas medidas económicas y culturales, implican la reorganización de un espacio que a su vez requiere de un ejercicio del poder permanente, sostenido en instituciones como la escuela, el cuartel, el hospital, el manicomio. Salinas (2015) desde una perspectiva deleuziana caracteriza a las sociedades disciplinarias como aquellas que organizan grandes centros de encierro. En otras palabras, podemos definir al dispositivo disciplinar en tanto máquina de producir centros de encierro y vigilancia permanente. Si adoptamos la dimensión del poder, dado que el dispositivo remarca esta dimensión de análisis, podemos visualizar cómo el poder en el dispositivo disciplinar se dirige principalmente al cuerpo. El dispositivo disciplinar es una política hacia el cuerpo o anatomopolítica (Foucault, 1976/2012). Sin embargo el cuerpo es utilizado como límite en cuanto al ejercicio de un poder, que se limita y focaliza al cuerpo del individuo. El enfermo mental concebido como entidad indivisible, debía volverse dócil y en este sentido se constituyen saberes e instituciones que responden a esta estrategia de biopoder.

La creación de la facultad de medicina en 1875 (Cheroni, 1993) y la creación de la cátedra de psiquiatría en 1908 (Duffau, 2013), generan condiciones de enunciación sobre la locura como dominio propio de estudio. Según Vomero (2018) la figura del médico como encargado de los establecimientos donde residían los enfermos mentales, será central en términos organizacionales el médico director debía ser la autoridad total, prescribir los alimentos, el vestuario y dónde debían dormir, ordenar todo medio coercitivo, clasificar a los enfermos, establecer qué relación debía tener cada enfermo con su familia y en general todo tratamiento, ordenar toda salida temporal, y las altas, debía determinar cualquier modificación hospitalaria ("el médico director", párr. 5)

Dentro de las modificaciones hospitalarias que debían determinar los médicos se incluían las arquitectónicas, esto explica las críticas del estudiante de medicina Crovetto al diseño arquitectónico del Hospital T. Vilardebó. Una arquitectura que no había estado bajo la supervisión de ningún médico y que impedía clasificar a los enfermos y observarlos a través de un diseño panóptico (Vomero, 2018).

Un dispositivo en términos disciplinarios por medio de una lógica centrípeta, funcionará aislando espacios determinados en donde los mecanismos de poder "actuarán a pleno y sin límites" (Foucault, 2004/2006, p. 66). Para el destacado psiquiatra uruguayo Santín Carlos Rossi (citado por Barrán, 1994), "Aislar al alienado es la indicación fundamental que se deduce más claramente de la observación clínica y se puede decir que [...] no la hay ni más urgente ni más imperiosa" (p. 42). El primer traslado de enfermos psiquiátricos hacia el primer Asilo de Dementes se produce en 1860, actualmente Hospital T. Vilardebó, manicomio que hasta la fecha se encarga de los enfermos mentales o trastornados. Además de aislar espacios donde encerrar y concentrar, el dispositivo disciplinar reglamenta todo. La disciplina para Foucault (2004/2006) no deja escapar nada, ni las cosas más pequeñas quedan libradas al azar, "la función de la disciplina es impedir todo, aún y en particular el detalle" (p. 67). La Colonia de Alienados de 1912 dirigida por Santín Carlos Rossi buscaba ser un manicomio ideal. Para el director y psiquiatra, "Los aislados sin uniforme ni visita médica colectiva, tendrán marcado su punto de residencia, su trabajo y su horario, y los guardianes los guiarán en su labor como si fueran capataces de cuadrilla" (p. 48). El dispositivo disciplinar además de integrar la decodificación de lo prohibido (propio del dispositivo soberano), prescribe lo obligatorio, dado que la disciplina se aplica a lo que debe hacerse.

Una buena disciplina es la que nos dice en todo momento lo que debemos hacer. Y si tomamos como modelo de saturación disciplinaria la vida monástica, que fue en efecto su punto de partida y su matriz, en ella, cuando es perfecta, los actos del monje están enteramente reglamentados de la mañana a la noche y de ella noche a la mañana, y lo único indeterminado es lo que no se dice y está prohibido. (Foucault, 2004/2006, p. 68)

El médico Adolfo Brunel imaginó la vida ideal del manicomio (Barrán, 1994)

Los locos se levantarán a las 5 de la mañana en verano y a las 7 en las demás estaciones; se les acostumbrará a arreglar ellos mismos su cama y después bajarán a los patios para entregarse a ejercicios gimnásticos, paseos, carreras, bailes, etc., almorzar y pasar enseguida a sus tareas respectivas hasta que llegue el momento de la visita del médico que será anunciada por la campana. (p. 48)

Otro de los aspectos del dispositivo disciplinar es lo referido al proceso de normalización, lo planteamos en tanto proceso, debido a que la disciplina normaliza por medio de diferentes momentos.

En un primer momento el proceso de normalización disciplinar, se analiza descomponiendo a “los individuos, los lugares, los tiempos, los gestos, los actos” (p. 75). La psiquiatría como disciplina encargada del estudio de los individuos con enfermedades mentales, tendrá un lugar rector en este sentido, dado que la psicología como disciplina funcionó en un principio abocada al dominio educativo y a partir del 1940 comienza por medio de la psicohigiene a ocuparse de los fenómenos de la salud (Pérez Gambini, 1999).

Por otra parte la Educación Física en Uruguay o los llamados “Maestros de Educación Física” (Instituto Superior de Educación Física, 2022, “Inicio de la”, párr. 3), tan importante en el proceso de normalización y disciplinamiento, surge bajo un mandato higienista recién en 1920 y aportará gradualmente al ámbito de la salud en las siguientes década, siendo clave en la “medicalización indefinida de la sociedad” (Crisorio, 2007, p. 88). En este sentido la medicina y particularmente la psiquiatría, ofician como saberes rectores en los que algunos visualizan como medicalización de la sociedad^[2] (Duffau, 2013). En un segundo momento se clasifican los elementos identificados para colocarse en función a determinados fines, “El debilitamiento del cuerpo y la distracción del alma mediante el dolor físico podían tornarla receptiva a la razón” (Barrán, 1994, p. 38). En un tercer momento se establecen secuencias, así como coordinaciones óptimas, para distribuir a los locos dentro de determinada clasificación. Este aspecto importante en Foucault (2004/2006) al momento de pensar el proceso de normalización en el disciplinamiento, es una de las críticas de los médicos hacia el diseño arquitectónico del Hospital T. Vilardebó como mencionábamos anteriormente (Vomero, 2018). El cuarto momento responde a la fijación de procedimientos de control permanente y adiestramiento progresivo, tal es el caso que plantea Barran (1994) describiendo el posicionamiento del psiquiatra, “El ojo y el oído del psiquiatra lo querían ver y oír todo. Ya no debían quedar secretos personales” (p. 45),

Levantarse y acostarse, higienizar el cuerpo, desayunar, almorzar, merendar y cenar a horas fijas y predefinidas, trabajar con horarios estrictos, y concentrarse siempre en el mismo lugar, era acostumbrar el espíritu y la vista de los locos a los actos regulares de la vida, primera etapa en la recuperación de la Razón. (pp. 47-48)

La partición entre lo normal y lo anormal, es el cometido del proceso de normalización en donde “se plantea ante todo un modelo” (Foucault, 2004/2006, p. 75). El modelo es trabajado al detalle, dado que el dispositivo disciplinar se aplica al detalle (Foucault, 1975/2009). En el dispositivo disciplinar que constituye el campo de la salud mental, los individuos deben producirse en tanto útiles y obedientes.

La concepción del poder que constituye el dispositivo en términos disciplinares responde a un poder dirigido al cuerpo no desde una forma terminal de dominación, sino como una “multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del campo en el que se ejercen, y que son constitutivas de su organización” (Foucault, 1976/2012, p. 89). Esto implica una concepción del poder en términos relacionales

y productivos, que a su vez hacen posible visualizar al filósofo francés los alcances y las configuraciones en el ejercicio del poder, de una perspectiva más global que la del disciplinamiento de los cuerpos. La población aparece como un objeto a regular, que una concepción del poder debe explicar si quiere comprender el apuntalamiento de las políticas públicas en los procesos de vida de las personas. En este sentido, identificamos que el documento aprobado por el Ministerio de Salud Pública en 1986, El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) uruguayo, nos permite seguir el rastro de una estrategia más amplia de la política en salud mental. Una biopolítica como estrategia de intervención hacia la población se establece en el PNSM, lo que a nuestro entender es posible visualizar bajo el concepto de dispositivo foucaultiano, y que particularmente en lo que atiende a los procesos formativos del campo de la salud mental desde mediados del 80 en Uruguay, lo calificamos como dispositivo de seguridad.

2.3. Dispositivo de seguridad y salud mental

Desde la época de posguerra en lo que respecta a la salud mental, los Estados conciben dentro de sus agendas de gobierno, principalmente en Europa, una atención en salud mental que integre una perspectiva de derechos humanos. Dado que la salud mental auspiciada bajo la imagen del manicomio, recuerda a la exclusión y violencia del campo de concentración (Frankel, 2017; Geneyro y Tirado, 2014). Esta forma de redefinir la enfermedad mental bajo parámetros de derechos humanos, involucra nuevos vectores que constituirán a la salud mental no exclusivamente bajo la ausencia de lo patológico, sino en términos de “completo bienestar” (Bellahsen, 2014). Estos parámetros son incorporados por la Organización Mundial de la Salud en 1948, y en las sucesivas décadas reafirmados por los Estados en distintas oportunidades. Aunque resulta imprescindible destacar que el objeto blanco de las prácticas en salud es la población, Foucault (1980) analizando los planteos de la psiquiatría de sector en 1945, en cuanto a una atención en salud mental fuera del manicomio y desde los nuevos parámetros de intervención afirmará: “No es el sector otra forma más flexible de hacer funcionar la medicina mental a modo de higiene pública, presente en todas partes y presta siempre a intervenir” (p. 10). Esta afirmación se encuentra en sintonía, con lo mencionado por el filósofo francés sobre la nueva escala de observación de la medicina, “nuevo recorte del objeto médico por la aplicación de otra escala de observación” (Foucault, 1997/2014, p. 214). Las poblaciones como objeto de intervención de un biopoder en términos biopolíticos (Foucault, 1976/2012), ha sido un campo de estudio recurrente para las ciencias sociales en el dominio de las prácticas en salud, principalmente bajo el concepto de medicalización (Conrad, 1992). Sin embargo creemos que la tipología de los dispositivos presentada por Foucault (2004/2006), supera el análisis de la omnipresencia de las prácticas médicas sobre los fenómenos cotidianos, y además mediante el dispositivo de seguridad establece a la libertad como asunto central en la gestión de la vida.

Agüero de Trenqualye y Correa (2018) plantean a la salud mental como un proyecto de ciudadanía específico, que refiere a un gobierno de sí según parámetros universales. Esto tendría como consecuencia para los psicólogos sociales, el establecimiento de rasgos universales a las conductas humanas en detrimento de las singularidades. Carrasco (2014) analizando la reforma de atención psiquiátrica en Chile, se orienta en el mismo sentido al establecer que la salud mental es un escenario de estrategias de intervención multifactoriales, articuladas para el “logro de los objetivos de gobierno” (p. 151). Aunque la problemática del gobierno se presente en estos autores, para visualizar a la salud mental por fuera de lo derrotados de la medicalización, lo que es un aporte novedoso, no explicitan el dispositivo mediante el cual estas prácticas de gobierno se hacen posible.

El PNSM de 1986 forma parte de un texto prescriptivo, dando reglas para la acción en relación a la salud mental en Uruguay. El texto establece lineamientos complementarios al dispositivo disciplinar, en donde se amplía la escala de intervención de las prácticas en salud mental, configurándose un ejercicio del poder desde un dispositivo de seguridad en el contexto de la transición democrática uruguaya. También la Ley 19.529 de salud mental (Uruguay, 2017) orienta conductas en el mismo sentido que el texto mencionado anteriormente[3]. Como todo texto prescriptivo según Foucault (1984/1986), expresa

el sistema de pensamiento que responde a las prácticas que querían imponerse. Asegurar la “Atención de los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral” (PNSM, 1986), da cuenta de una atención que no se dirige al enfermo mental como expresaba la Ley del psicópata de 1936. En términos foucaultianos se establece una dimensión del ejercicio del poder no únicamente anatomopolítica, sino también biopolítica, en donde la población es el objeto a regular. Además del cuerpo a intervenir, se interviene en el plano de la especie, al decir de Combes (2011) “Ce pouvoir sur la vie est défini selon une double activité, sur les corps individuels et sur l’espèce” (p. 23).

El dispositivo de seguridad se dirige a la población definida como “masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etcétera” (Foucault, 1997/2014, p. 220), enfoque que necesariamente involucra una política hacia el medio (Foucault, 2004/2006). El medio para el filósofo francés es una categoría explicativa que permite entender acciones dirigidas de un cuerpo a otro, en sus relacionamientos. Para Foucault (2004/2006) el medio posibilita visualizar el campo relacional de la multiplicidad de individuos que conforman a las poblaciones como objeto de análisis, en otras palabras, el medio es una categoría teórica que auxilia a la de población. El medio como parte de la caja de herramientas foucaultiana, capta los efectos relacionales “propios de la vida” (Foucault, 1997/2014, p. 220), dentro de los que se encuentra un conjunto de acciones diversas como la salud mental. En este sentido, se configura un campo diverso compuesto por actores anteriormente no vinculados a las prácticas en salud mental. Esta integración surge debido a la urgencia de superar a los hospitales asilares. “Frente a la situación descrita, las soluciones sólo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya a las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la Salud Mental y a todos los recursos existentes en la Comunidad” (PNSM, 1986, p. 9). La lógica centrífuga de los dispositivos de seguridad (Foucault, 2004/2006) tienen la particularidad de integrar cada vez más elementos en su funcionamiento. La generación de circuitos cada vez más amplios, configuran un ejercicio del poder que trasciende los lugares de encierro. En este sentido se establece una red que conformará la salud mental, “Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población” (PNSM, 1986, p. 10). Los distintos circuitos que se conforman, se articulan y descentralizan la atención en salud mental de las tradicionales estructuras asilares, y permiten a su vez la intervención de instituciones que trascienden el ámbito sanitario. La intersectorialidad aparece como concepto clave en este sentido, “Se fomentarán los convenios Universidad-Ministerio y otros y en especial aquellos que faciliten la asistencia, docencia e investigación en los niveles extra-hospitalarios extendiéndolas a todo el territorio de la república, ej.: ANEP- Secundaria – U.T.U. – I.A.M.C., etc.” (p. 12). Además de las prácticas educativas que se suman por medio de ANEP, UTU, se plantea la integración en los equipos de salud mental de saberes ausentes en la ley de atención al psicópata (Uruguay, 1936), como Trabajo Social y Psicología (PNSM, 1986, p. 14).

En los dispositivos de seguridad (Foucault, 2004/2006), existe una tendencia a dejar hacer o a mantener cierto grado de permisividad.

La función de la seguridad consiste en apoyarse en los detalles, no valorados en sí mismo como bien o mal y tomados en cambio como procesos necesarios e inevitables, procesos de la naturaleza en sentido lato; y se apoyará en ellos, que, si bien son lo que son, no se consideran pertinentes, para obtener algo que en sí se juzgará pertinente por situarse en el nivel de la población (p. 67).

En el PNSM (1986) al plantearse líneas estratégicas se explicita que se ajustarán según sean factibles y viables, “Las acciones estratégicas señaladas anteriormente deberán estructurarse en términos de factibilidad y viabilidad. Además, se hace necesario establecer la secuencia que en el tiempo tendrán la implementación de estas acciones” (p. 13). El dejar establecido un margen de maniobra ajustado a la factibilidad, se diferencia de la estricta reglamentación sostenida por el dispositivo disciplinario.

Otra de las particularidades del dispositivo de seguridad es la adopción de un punto de vista intermedio entre lo prohibido y lo obligatorio, en el entendido que

la seguridad, sin prohibir ni prescribir, y aunque eventualmente se de algunos instrumentos vinculados con la interdicción y la prescripción, tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule: la anule, la limite, la frene o la regule. Esta regulación en el elemento de la realidad es, creo, lo fundamental en los dispositivos de la seguridad (Foucault, 2004/2006, p. 69).

La regulación en el PNSM (1986), vemos que se encuentra sujeta a una dimensión epidemiológica que se remarca en varios pasajes del texto, “Otras en cambio dependen de los hallazgos epidemiológicos que se hagan y se orientarán de acuerdo a las encuestas y de los primeros resultados que se obtengan al poner en práctica este Programa” (p. 18). El saber epidemiológico, en la constitución y regulación de un objeto de intervención múltiple como la población, era enfatizado por Foucault (1997/2014) en la última clase del seminario *Defender la sociedad*. En el marco de la discusión de la ley de salud mental aprobada en agosto del 2017 en Uruguay, un texto publicado en la revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y premiado por su aporte a la temática, establece en repetidas oportunidades que las direcciones en los establecimientos de salud mental deben tener epidemiólogos (Acuña y Sánchez, 2014). Este último aspecto permite entender cómo la normalidad a diferencia de lo producido por el dispositivo disciplinar, se concibe según Gordon (2015) como “una medida óptima al interior de un rango tolerable de variación” (p. 24). La Organización Mundial de Salud (2013) establecía como meta en salud mental para el año 2020, la reducción “en un 10% la tasa de suicidios en los países” (p. 18). La normalidad se construye en la interrelación de variables y no desde el binarismo de lo normal y lo patológico. En este sentido el entrecruzamiento de datos y la generación de regularidades y estadísticas son immanentes al dispositivo de seguridad. Ejemplo de esto es el uso de los Manuales Estadísticos de Desórdenes Mentales (DSM), que sustituyen a los clásicos cuadros clínicos de la psiquiatría como la neurosis, psicosis, perversión (Bellahsen, 2014).

Si bien el dispositivo de seguridad se expresa a través del juego de diferencias con el dispositivo de disciplinamiento y de soberanía, o así lo presenta Foucault (2004/2006) cuando lo sistematiza, tal como plantean Vega y Avellaneda (2013) el problema de la seguridad refiere al costo de la fabricación de la libertad, “Y el cálculo de ese costo está dado por los dispositivos de seguridad” (p. 283). El costo de las libertades socavadas por el manicomio a nuestro entender, tienen su expresión en la tendencia que desde el PNSM del 1986 y en 2017 con la ley de salud mental (Uruguay, 2017) intentan hacer de la salud mental, como algo que involucra a la comunidad.

3. La comunidad en cuestión: el caso uruguayo

La comunidad y sus múltiples variaciones como atención comunitaria, abordajes comunitarios, centros comunitarios, modelo comunitario, etc., se encuentran desde mediados de la década del 80 en Uruguay como vectores que conforman un ideal de salud mental. Según el PNSM (1986) el modelo de atención comunitario podrá terminar con la marginación del enfermo mental en las instituciones asilares; “modelo asistencial centrado en la comunidad e integrado en el sistema sanitario general, que rompa radicalmente con la marginación del enfermo mental implícita, en mayor o menor grado, en el actual modelo centrado en los hospitales psiquiátricos” (p. 12). La Ley 19.529 de salud mental

(Uruguay, 2017), aprobada en 2017, refiriéndose a los abordajes en salud mental también va en este sentido, dado que menciona: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario” (art. 17). Esto viene unido a la estrategia de desinstitucionalización en salud mental para el 2025, donde se pretende un cierre de las estructuras asilares y monovalentes que serán sustituidas por estructuras alternativas como “los centros de atención comunitaria” (Uruguay, 2017, art, 37).

3.1. La comunidad como espacio de atención en salud mental

Rose (2007) propone que la comunidad se ha establecido en tanto “nueva espacialización del gobierno” (p. 111), en donde se interconectan familias e individuos con “identidades y lealtades que compiten entre sí” (p. 111). Para el autor hay una descomposición de lo social, principalmente en las últimas décadas del siglo XX, que se expresa en estrategias antipolíticas o no-sociales. Estas racionalidades y técnicas gobiernan no desde un punto de vista social, sino concibiendo individualidades autónomas que toman elecciones -o deben hacerlo- bajo compromisos con sus comunidades. Lo social como espacio en donde diversos problemas sobre la “experiencia colectiva” (p. 115) fueron pensados por autoridades morales, políticas e intelectuales, presenta diferencias con la sectorización permanente del comunitarismo. Distintas fuerzas políticas que se articulaban a través de demandas sociales constituyendo lo social como dominio a ser reconocido por el Estado, generaron la ampliación de las funciones y responsabilidades de los Estados. Esto conllevó que a lo largo del siglo XX – con sus intermitencias^[4] –, tuviéramos un fortalecimiento de los sistemas de protección social; sin embargo esta situación va en detrimento para Rose (2007) a partir de las críticas a los Estados de Bienestar, gestadas tanto por las derechas como por las izquierdas progresistas. Los costos que estos Estados implicaban al presupuesto público, las injusticias que podían cometer, la discrecionalidad otorgada a los profesionales y burócratas, son algunas de las variadas críticas provenientes por distintas corrientes del pensamiento político.

En Uruguay el PNSM (1986) es un documento que se inscribe en un contexto de transición democrática, en donde “la gobernabilidad” estaba todavía en juego (Demasi, Rico y Rossal, 2004, p. 16). En este sentido toda articulación social que planteara demandas a un Estado todavía frágil desde el punto de vista democrático institucional, era concebida como un ataque a la institucionalidad vigente. Por lo tanto, al eje constituido por la gobernabilidad, nos parece importante concebirlo no solo como plantean Demasi, Rico y Rossal (2004) en tanto un aparato Estado que busca conducir la conducta de ciudadanos, sino también como la búsqueda de un ejercicio individual de gobierno sobre sí mismo. Un ejercicio desarrollado principalmente en los sujetos como individualidades y desde la moderación. La salud mental al establecerse como un campo de intervención heterogéneo forma parte de este movimiento, en donde se busca que tanto los individuos como la población se vuelvan activos en su gobierno desde el espacio comunitario principalmente.

La comunidad en salud mental funcionará como un espacio de gobierno en donde se pretenderá que las personas con problemas de salud mental y la población en general, recurran a su círculo más cercano en la búsqueda de su bienestar, sin involucrar al Estado necesariamente en la prestación de servicios. Según el PNSM (1986) los Centros de salud mental a crearse tienen entre sus tareas “el entrenamiento de líderes de la comunidad” (p. 16). La responsabilidad se autonomiza en relación al Estado por un lado, y por otro se deposita en las personas cercanas o familiares. Para Gordon (2012) la combinación entre el principio del mínimo costo con la “protección de una norma óptima” (p. 29), generan un escenario donde las familias se hacen cargo de los usuarios de salud mental afirmando “los lazos y afectos naturales existentes” (p. 29), y bajan los costos de la hospitalización. En Uruguay De León y Fernández (1996) hablan de *deshospitalización forzada*, término que describe el proceso de cierre del hospital Musto, en donde pacientes psiquiátricos fueron dados de alta sin un trabajo previo con las familias que tenían que recibirlos. Una mezcla entre voluntarismo político y un recorte presupuestal, ocasionó una situación de desprotección social para la personas hasta el momento internadas.

3.2. Des-socializar la atención en salud mental

Al decir de Rose (2007) lo comunitario como un nuevo espacio de gestión de la existencia personal y colectivo, actúa en la producción de sujetos leales a los valores que se establecen en sus comunidades. La salud mental para el autor es un campo donde se desarrollan esas estrategias.

Configuran el territorio imaginado sobre el cual estas estrategias deberían actuar – como la salud mental de la comunidad–. Y se extienden hasta especificar los sujetos de gobierno como individuos que son también, de hecho o potencialmente, sujetos de lealtades para un conjunto particular de valores comunitarios, creencias y compromisos. (p. 118)

La comunidad para el autor forma parte de un espacio de gobierno en el que el discurso experto tiene injerencia a través de la medición, cuantificación, ordenamiento y conducción, según los parámetros de un riesgo posible. En el PNSM (1986) la noción de riesgo no aparece tan claramente como se expresa en la Ley 19.529 (Uruguay, 2017), en donde se establece en el artículo 30 referido a uno de los requisitos de las internaciones involuntarias: “Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros”. Este (riesgo inminente de vida) será caracterizado por el Poder Ejecutivo tal como menciona la Ley de salud mental en su artículo 30 (Uruguay, 2017).

El lenguaje comunitario que se instala, con gran repercusión en agendas de gobierno, cursos universitarios (Rose, 2007), descentraliza problemas políticos reduciéndolo a sectores de la sociedad que pasan a ser responsables sobre sus condiciones de vida. Una responsabilidad que se asume debido a la posibilidad de inversión, que tienen estas comunidades sobre sí mismas. Los individuos deben invertir en su bienestar y en el de sus allegados, para recaudar beneficios. Sin embargo, la comunidad en tanto espacio de gobierno, la concebimos como intento de solución producida por el dispositivo de seguridad. El problema de la seguridad a nuestro entender, es lo que oficia de urgencia a subsanar en la salud mental uruguaya. El problema de la seguridad según Foucault (2004/2016) implica: “proteger el interés colectivo contra los intereses individuales” (p. 85), y a la inversa también, “proteger los intereses individuales contra todo lo que pueda aparecer, en relación con ellos, como una intrusión procedente del interés colectivo” (p. 86). En el caso de la salud mental el dispositivo de seguridad responde a la seguridad, en el sentido de producir ciertas libertades individuales tradicionalmente vulneradas por los clásicos espacios de atención manicomial (Frankel, 2017), y simultáneamente presentar nuevas regulaciones sobre estas libertades para proteger el interés colectivo. En otras palabras, una inflación de libertades puede presentar demasiados costos. La comunidad es una forma de gestionar estos costos. Ante la pregunta de ¿por qué la comunidad aparece como la mejor gestora posible de las libertades?, Rose (2007) establece algunas características de la invención comunitaria que nos parecen indicadas para trabajar esta pregunta.

La destotalización comunitaria para Rose (2007), establece un quiebre en relación a lo social como espacio unitario dentro de los márgenes de la nación. Esto promueve en términos espaciales un cambio en la forma de concebir lo social, entendida desde el gobierno como “una relación entre una sociedad orgánicamente interconectada y todos los individuos contenidos en su seno, partiendo de una forma político-ética de la noción de ciudadanía social” (p. 120). La comunidad se presenta por otra parte como un modo localizado, superpuesto (espacialmente) y diverso. Comunidades morales, ecológicas, religiosas, comunidades de discapacitados, de enfermos mentales, de usuarios de los servicios de salud mental, que se muestran inconexas, y a su vez la conexión con colectividades (mayores) que trascienden sus intereses es visto como algo problemático. En este sentido, visualizamos que la sectorialización de un campo social y político, pasa a perder potencialidad en términos macro. La salud mental como campo heterogéneo al adoptar una lógica comunitarista, en el sentido de fragmentar poblaciones con problemas de salud mental, corre el riesgo de producir miniguetos con costos más magros en términos presupuestales.

Como segundo elemento de índole ético para Rose (2007) lo social es una entidad colectiva con responsabilidades y obligaciones colectivas, que si bien los programas y políticas sociales “otorgaron a los individuos la responsabilidad personal sobre su propia conducta”, también la responsabilidad estaba sujeta a condiciones externas (historia personal, factores económicos y sociales). En este sentido los determinantes externos eran claves para descentralizar la responsabilidad individual, dado que esta estaba sujeta a mecanismos compensatorios como los educativos entre otros. En cambio, bajo la figura de la comunidad o comunidades, se reorganizan los “vectores éticos” (Rose, 2007, p. 121). El sujeto si bien está sujeto a lazos emocionales de su comunidad, su conducta “es recuperada del orden social de la

determinación y reconducida a una percepción ética nueva del actor individualizado y autonomizado” (p. 121). En cuanto a las políticas en salud mental, existe un fuerte énfasis en aplicar tratamientos a quienes padecen problemas de salud mental individualizando su problemática. Esto sucede a través de enfoques que se plantean actualmente como de avanzada (Muñoz, 2015), pero que siguen individualizando la salud mental en términos de patología de la libertad. El modelo de recuperación de derechos si bien plantea la problemática del estigma sobre los usuarios de los servicios de salud mental, descarta un plano de acciones que ubican la problemática en términos sociales.

Las formas clásicas de actuar contra el estigma las conocéis: la movilización y la protesta social, la información y la educación, el contacto y la interacción. Está bien, pero no tenemos una evidencia de que los resultados sean muy buenos. (Díaz del Peral, 2017, p. 131).

El modelo de recuperación se basa en la responsabilidad individual de los usuarios, recuperar derechos para esta concepción es recuperar autonomía entendida como capacidad de decidir. Sin embargo, las condiciones externas que determinan oportunidades para llevar a cabo las decisiones de las personas, que implican compromisos más amplios, no entran en juego en este modelo. La orientación es clara, “es decir, tú decides” (Díaz del Peral, 2017, p. 138).

Como tercer elemento en la comunidad que marca Rose (2007) se encuentra la identificación. En las prácticas que constituyeron lo social, las identificaciones que sostenían las distintas políticas de educación, de vivienda, implicaban un modelo de ciudadano perteneciente a “una única sociedad nacional integrada” (p. 122). A diferencia de la comunidad que promueve identificaciones más directas, menos remotas que una imagen de ciudadano ajena a las diferentes comunidades.

La comunidad de cada uno no es nada más –ni nada menos– que esas redes de lealtad con las que uno mismo se identifica existencial, tradicional, emocional o espontáneamente, en apariencia, más allá y por encima de cualquier valoración calculada, basada en el propio interés (Rose, 2007, p. 122).

La comunidad pasa a ser un espacio en donde se refiere a algo que existe y a su vez nos interpela (Rose, 2007). Como comunidad de usuarios de salud mental tenemos un destino común, no ser hospitalizados, aumentar nuestra autonomía; pero a su vez debemos devenir conscientes de la condición en la que nos encontramos. Esto último se logrará con referentes comunitarios, educadores, psicólogos comunitarios, médicos de familia, psiquiatras en la comunidad, así como por medio de las campañas de prevención y promoción en salud mental. La comunidad en este sentido existe y simultáneamente debe ser lograda.

Conclusiones

El concepto foucaultiano de dispositivo presenta a la heterogeneidad como elemento clave, esto permite en términos teóricos y metodológicos investigar en el campo de la salud mental, desde un punto de vista más amplio que el estrictamente sanitario. En el entendido que la salud mental no refiere únicamente a modelos representacionales sobre lo sano y lo enfermo, lo normal y lo anormal, desde un punto de vista de las ciencias de la salud, sino que involucran relaciones móviles de poder y gobierno. Además el dispositivo en tanto herramienta teórica y metodológica, nos permite articular una dimensión micro referida al tratamiento de los enfermos mentales desde un punto de vista disciplinario, y a su vez entenderlo como un fenómeno más general que implica la regulación de la población por una política de salud mental, configurada desde un dispositivo de seguridad. La salud mental en este sentido se constituye desde un plano individual, como el concebido según la psicopatología clásica (Bellahsen, 2014), pero también desde una perspectiva global según el lente de la política pública. Aunque lo interesante del planteo foucaultiano es que nos brinda la posibilidad de articular ambas dimensiones, tradicionalmente no presentadas desde el punto de vista del ejercicio del poder.

Los distintos vectores que se ponen en juego en los diferentes dispositivos caracterizados por Foucault (2004/2006), nos permiten pensar a la salud mental en Uruguay como un campo compuesto por diferentes estrategias de poder complementarias desde fines del siglo XIX. En este sentido, tenemos un dispositivo de índole soberano que articula distintas relaciones jerárquicas, tales como los vínculos signados por la figura del caudillo, el padre de familia y las hermanas de la caridad en el tratamiento de los locos. En estas relaciones existe un no anonimato en relación al poder, así como también una determinada concepción de poder. El poder se concibe en su ejercicio desde una supuesta exterioridad con el propósito de atender a una particular urgencia: la creación de un sujeto de derecho suscriptor al contrato social. Esto simultáneamente diagrama una legalidad (Constitución, leyes) que establecía prohibiciones y a su vez institucionaliza la conformación del Estado moderno en Uruguay.

El campo de salud mental como espacio heterogéneo, en su conformación también contó con la complementariedad de un dispositivo disciplinar, que generó instituciones de encierro desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, apoyado en el establecimiento del sujeto de derecho del cual debía ocuparse el Estado. Esta política que impactaba en el cuerpo de los enfermos por medio de un saber médico, que desplazaría a las instituciones religiosas en la atención de los enfermos mentales, se orientaba a la conformación de un ethos civilizatorio. Condición necesaria para fijar un modelo que estableciera en su defecto, una anomalía que debía ser disciplinada y volverse dócil en los marcos de una sociedad, en donde la utilidad y la producción eran valores primoriales (Barrán, 1994). La creación de los espacios cada vez más especializados en el tratamiento de los enfermos mentales, desde el asilo de dementes hasta las colonias de alienados, constituyeron el proceso de modernización del Estado uruguayo (alambramiento de los campos, creación de ministerios, diversificación de la policía y el ejército). Aunque vemos como a partir del 80 en Uruguay y en lo referido a la salud mental, el establecimiento de discursos que forman parte del PNSM (1986) plantean nuevas orientaciones, acorde a lo que pasaba en Europa desde mediados del siglo XX. Estas orientaciones expresan una estrategia de poder sobre la vida, que analizadas a través del concepto de dispositivo de seguridad nos permiten identificar una política pública en salud mental dirigida hacia la población principalmente.

En los discursos sobre los cambios en la atención en salud mental en el contexto uruguayo, se presenta a la comunidad como espacio de intervención fundamental para constituir una buena política en salud mental. En este sentido el problema de la seguridad (Foucault, 2004/2016) a nuestro entender, es el punto de urgencia al que busca responder el dispositivo de seguridad. La comunidad como nuevo espacio de gobierno (Rose, 2007), asumiría los costos de la producción de las libertades extramuros. El gobierno sobre sí mismo que deben tener los individuos, así como las poblaciones, parten desde un punto de vista comunitario y no social (Rose, 2007). Un cierre de los asilos, si bien permite asegurar libertades hasta el momento vulneradas, también puede implicar un retiro de los recursos públicos y de un pensamiento colectivo sobre los tratamientos en salud mental, en donde las comunidades de personas con problemas de salud mental y sus allegados pasen a ser las únicas responsables de gobernarse a sí mismas y a los otros.

Referencias bibliográficas

- Acuña, R. y Sánchez, D. (2014). Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental. Uruguay (PIS-MU). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 196-219. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/07_ASM_01.pdf
- Aguero de Trenquallye, M. J. y Correa, G. (2018). Salud mental y ciudadanía: una aproximación genealógica. *Revista de Historia de la Psicología*, 39(1), 40-46. <https://doi.org/10.5093/rhp2018a6>
- Barrán, J. P. (1990/2017). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Banda Oriental.

- Barrán, J. P. (2004). *Los conservadores uruguayos (1870-1933)*. Montevideo: Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1994). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Banda Oriental.
- Bellahsen, M. (2014). *La santé mentale. Vers un bonheur sous controle*. París: La fabrique.
- Carraco, M. J. (2014). Salud Mental y Psiquiatría comunitaria en Chile: El proceso de configuración de un objeto de gobierno. En T. Yuing y R. Karmy (eds), *Biopolíticas, gobierno y salud pública. Miradas para un diagnóstico diferencial* (pp. 127-153). Chile: Ocho libros.
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 153-163. Recuperado <https://www2017.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/histpsiq-casarotti.pdf>
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes
- Cheroni, A. (1993). Contexto ideológico y fundamento filosófico del poder médico en el Uruguay. En: Rodríguez Nebot, J. y Portillo, J. (Comps.), *La medicalización de la sociedad* (pp. 49-62). Montevideo: Nordan.
- Chignola, S. (2016). Sobre el dispositivo. Foucault, Agamben, Deleuze. En Orellana, R. y Salinas, A. (eds), *La Actualidad de Michel Foucault* (pp. 169-184). Salamanca: Escolar y Mayo.
- Combes, M. (2011). *La vie inséparable*. París: Dittmar.
- Conrad, O. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18. pp. 209-232.
- De León, N. (2014). *Estudio del proceso de cronificación de personas con padecimientos psiquiátricos usuarios/as del Sistema Público de Atención en Salud Mental en Montevideo*. Montevideo, Uruguay.
- De León, N. y Fernández, J. (1996). La locura y sus instituciones. En Universidad de la República, Facultad de Psicología, Terceras Jornadas de Psicología Universitaria (Comps.): *Historia, violencia y subjetividad* (pp. 157-163). Montevideo: Multiplicidades.
- Deleuze, G. (1985/2013). *El saber. Curso sobre Foucault*. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, G. (1990/2007). *Dos regímenes de locos. Textos y entrevistas*. Valencia: Pre-Textos.
- Demasi, C, Rico, Á y Rossal, M. (2004). Hechos y sentidos de la política y la pospolítica. En Brando, O. (coord.), *Uruguay hoy: paisaje después del 31 de Octubre* (pp. 7-77). Montevideo: Caballo Perdido.
- Díaz del Peral, D. (2017). Recuperación y estigma. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(2), 127-144. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf
- Duffau, N. (2013). El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. *Revista culturas psi*, 1(2), 108-125. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/culturaspsi/article/view/3905>
- Eribon, D. (1989/2020). *Michel Foucault*. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- Foucault, M. (2004/2016). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (1997/2014). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (1976/2012). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1975/2009). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2004/2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, M. (2002/2005). *El Poder Psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (1984/1986). *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres*. Madrid:
- Foucault, M. (1980). Prólogo. En R. Castels, *El orden psiquiátrico* (pp. 7-26). Madrid: De la Piqueta.
- Frankel, D. (2017). El encierromanicomial: metáfora de la política. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 4(4), pp. 60-78. Buenos Aires: UNLA.
- Genevro C. y Tirado F. (2014) Del sujeto patológico al ciudadano neuroquímico: La construcción del juicio psiquiátrico. *Inguruak: Soziologia eta zientzia politikoaren euskal aldizkaria. Revista vasca de sociología y ciencia política*, (57-58), 2679-2691. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4941274>
- Gordon, C. (2015). Racionalidad gubernamental. Una introducción. *Nuevo Itinerario*, 10 (10), 1-58 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.30972/nvt.0101709>
- Instituto Superior de Educación Física. (2022). *Historia ISEF. Inicios de la Educación Física en Uruguay*. Recuperado de <https://isef.udelar.edu.uy/institucional/gobierno/historia-2>
- Ministerio de salud Pública (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>
- Muñoz, A. (2015, abril 9). *Otro destino*. *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2015/4/otro-destino/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Pérez Gambini, C. (1998). *Historia de la Psicología en Uruguay*. Montevideo: Arena.
- Revel, J. (2009). *Diccionario Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8) pp. 111-150.
- Rose, N., O'Malley, P. y Valverde, M. (2006). Gubernamentalidad. En *Annual Review of Law and Social Science*, 6, 83-104.
- Salinas, A. (2015). *La semántica biopolítica. Foucault y sus recepciones*. Viña del mar: CENALTES.
- Scarlatta, L (1998). *La psicología universitaria*. Montevideo: Multiplicidades.
- Uruguay (2017, setiembre 19). *Ley no. 19.529: Ley de salud mental*. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu34849.htm>
- Uruguay (1936, agosto 24). *Ley nº 9.581: Psicópatas*. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4737164.htm>
- Vega, G. (2017). *El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la "microfísica" y el tratamiento de la multiplicidad*. *Revista Nuevo Itinerario*, 2 (12), 136-162. <http://dx.doi.org/10.30972/nvt.0122038>

Vega, G. y Avellaneda, A. (2013). *Biopoder y muerte en Foucault*. Revista Espacios nueva serie, 2(7), 269-287. Recuperado <http://hdl.handle.net/11336/8333>

Vomero, F. (2018). *Andrés Crovetto, el primer etnógrafo del manicomio y la locura en Uruguay*. Recuperado de <http://articulando.com.uy/crovetto-manicomio-locura/>

Notas

- [1] Este período se conoce como militarismo y se desarrolla entre el año 1875 y el 1890. Uruguay en esta época es gobernado por militares, teniendo como característica principal un gobierno apoyado en el ejército y no en partidos político desde un enclave democrático.
- [2] La medicalización de la sociedad para Barrán (citado por Duffau, 2013) implica un proceso con tres énfasis principales: 1) el rol creciente del médico en el tratamiento de la enfermedad, desplazando a la iglesia; 2) la salud como un valor supremo y rector de la sociedad. Este proceso se tiene que ubicar a la luz de la aprobación de la ley de Asistencia Pública Nacional en 1910 (Duffau, 2013, p. 115), donde el Estado pasa a hacerse cargo de la atención en salud de todo aquel carente de recursos. La aprobación de esta ley cristalizó el desplazamiento de la iglesia católica de la rectoría de los servicios de salud y la atención en salud como un deber de la política pública y no bajo las iniciativas filantrópicas de privados. 3) El saber médico pauta conductas y valores en la vida cotidiana de las personas.
- [3] No es el objetivo de este artículo explicar los hilos de continuidad que pueden trazarse entre el PNSM de 1986 y la ley de salud mental del 2017 para caracterizar una etapa histórica, sino que se buscar visualizar prácticas que se articulan para modular una forma de concebir la salud mental.
- [4] Adscribimos a la tesis de Real de Azúa (1964) “El impulso y su freno”, que plantea al Batllismo en Uruguay como un impulso progresista de reformas sociales desde comienzos del siglo XX hasta el golpe de Estado de Gabriel Terra en 1933.

* Magister en Psicología Social de la Udelar, con estudios de posgrado en psicoanálisis. Es licenciado en Filosofía por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, y licenciado en Psicología por Facultad de Psicología. Ha venido desarrollando como docente del Instituto de Psicología Social (Facultad de Psicología-Udelar) tareas de investigación, enseñanza y extensión, relacionadas a la salud mental como un campo de intervenciones profesionales y políticas en contextos de reforma de la política pública. La perspectiva de investigación se sitúa dentro de los estudios de gubernamentalidad aplicados a la política pública en salud mental.

* El artículo se inscribe en una línea de trabajo compuesta en el siguiente sentido: 1) continuación de la línea de trabajo desarrollada en la tesis para optar al título de Magíster en Psicología Social: *Biopoder y discurso profesional en prensa escrita. Apuntes para pensar los procesos de desinstitucionalización en salud mental*. Trabajo defendido en noviembre del 2021 y aprobado con la máxima calificación. 2) Seminario optativos realizados por el autor en la licenciatura de grado de Psicología, en donde se establecen vinculaciones de la obra del filósofo francés con la salud mental como campo en construcción permanente. Algunos de estos cursos son: *El gobierno de lo social : La gestión de la salud mental* (2022); *Biopoder, comunidad y salud mental* (2021); *Biopoder y salud mental* (2021, 2020). 3) Proyecto *La perspectiva comunitaria para pensar la inclusión social en salud mental*, aprobado y financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (Uruguay).