



Universidad de la República - Uruguay  
Facultad de Psicología  
Trabajo Final de Grado

Encierro y violencia:  
Apuntes sobre la Salud Mental en Uruguay.

Estudiante: María José Dorta, C.I. 1.929.817-9

Tutor: Asistente Germán Dorta

Revisor: Prof. Adj. Javier Romano

Montevideo, Octubre, 2024

## Índice

Introducción	3
1. El camino al Manicomio	5
1.1 La Salud en el Montevideo naciente	5
1.2 El Asilo	7
1.3 El Manicomio	9
2. El Poder Médico y el Manicomio	12
2.1 La Medicina toma el control	12
2.2 Se consolida el Poder Médico	15
2.3 Comienzos, cambios y regreso a lo mismo	19
3. La Salud Mental y los Derechos Humanos	23
3.1 Camino al Plan Nacional de Salud Mental	23
3.2 Plan Nacional de Salud Mental	25
3.3 Avances, planes y proyectos	30
3.4 La lucha	31
Conclusiones finales	38
Referencias bibliográficas	40

## Introducción

Desde el principio se buscó ocultar las desviaciones de una sociedad, que oprimió todo aquello diferente a los valores impuestos por las relaciones de poder vigentes, por este motivo lo diferente, la locura y la pobreza fueron consideradas peligrosas y encerradas, “medidas represivas, el encierro y el asilamiento aparecen como solución” (Rivero Amarante, 2022, p. 83). Sin tener en cuenta que estas formas de reclusión, en las que las personas pasan una parte importante de su vida, se sustentan en modelos clasificatorios que segregan y estigmatizan determinadas poblaciones, a la vez que invisibilizan la desigualdad social que generan y que las genera (Baroni, 2016). Con el paso del tiempo se ha logrado una problematización de los conceptos y estrategias que se establecían como hegemónicos.

La intención de este ensayo fue explorar la historia del encierro dentro del tratamiento de la salud mental, desde sus orígenes hasta la actualidad. En el proceso se fueron viendo los cambios en la forma de pensar y actuar con respecto a la misma, destacando algunos de los hitos que han marcado el camino hacia la situación actual. Se intentó buscar un diálogo entre algunas y algunos autores, en su mayoría de Uruguay, que han hablado y hablan sobre estos temas. Esto implicó en un primer momento un recorrido sobre las primeras instituciones creadas para el tratamiento a la salud mental en el país. La secularización promovió la idea de que la ciencia y la razón podían ofrecer respuestas más efectivas a los problemas que aparecían. Con respecto a la salud, con el tiempo, hay un posicionamiento de la medicina en un lugar de poder, desplazando a la iglesia de este ámbito.

En un segundo momento se identifica el camino de la medicina hacia un estatus dominante en relación a la salud y particularmente la salud mental. A medida que fue creciendo el poder médico sobre el religioso, se empezó a generar un proceso de medicalización de la sociedad (Duffau, 2013; Barrán, 1990/2011) invadida por el discurso médico. Discurso que establecía las formas correctas de comportamiento avalado por el miedo a la enfermedad. Los textos explorados para este trabajo muestran que las políticas públicas en salud mental, marcaron su rumbo desde un paradigma sanitarista, primando las estrategias de sometimiento y reclusión. La lógica manicomial se estableció en la sociedad con total naturalización, manteniendo a la internación prolongada como principal herramienta. Hasta que a mediados de los 80, con el regreso a la democracia, comienza a ser cuestionada y toma fuerza la perspectiva de derechos. Desde esta perspectiva cada vez cobra mayor relevancia la persona, más allá del padecimiento psíquico, y las necesidades que tiene al momento de hacer uso de su derecho de vivir dignamente dentro de la comunidad.

Así, en el tercer y último tramo de este ensayo, se buscó trabajar sobre el escenario que se abre a partir de las necesidades y posibilidades de cambio, llegando a la actualidad. El ámbito de la salud mental es un campo de enfrentamientos, en el que convergen distintas líneas de fuerza que buscan ganar posiciones de poder dentro del mismo. Esto refleja un profundo conflicto ideológico sobre cómo entender y abordar la salud mental en nuestras sociedades. Dos visiones antagónicas emergen: por un lado, se busca la transformación fundamentada en la perspectiva de derechos humanos, poniendo a la persona en el centro de la atención y promoviendo su dignidad y plena inclusión. Por otro lado, persiste un modelo tradicional, donde la atención se dirige más hacia los síntomas que hacia la persona.

## 1. El camino al Manicomio

Este trabajo se inicia con una exploración del recorrido histórico de las instituciones que se dedicaron a la atención y cuidado de las personas con algún tipo de “problema” mental en los albores del país, abarcando el período desde finales del siglo XVIII hasta el cierre del siglo XIX. Se intentará mostrar cómo las prácticas de aislamiento y reclusión se fueron consolidando como la estrategia predominante para el tratamiento de aquellos que se apartaban de la norma establecida.

### 1.1 La Salud en el Montevideo naciente

En los comienzos de Montevideo no había lugar concreto para tratar los temas relacionados a lo que hoy entendemos como salud mental. Las y los “locos” que podían vivían en sus casas, si no tenían esta oportunidad vivían en las calles sujetos a la voluntad caritativa de la gente. En algunos casos les ayudaban con comida, dinero o ropa, aunque, en otros casos eran víctimas de actos de desprecio y humillación (Duffau, 2013; Techera, et al., 2009).

Quienes exhibían cualquier conducta considerada un riesgo para el resto de la población eran encarcelados. De igual manera iban presos aquellos que cometían algún delito junto a quienes presentaban conductas no aceptadas, o no entendidas, aunque no fueran criminales (Soiza Larrosa, 1983). En un principio los establecimientos dedicados a la asistencia médica eran militares, y la falta de un hospital civil se convirtió en un problema (Gorlero Bacigalupi, 1988). El Ministerio de Salud Pública (MSP) (2009) expone que las familias que podían pagar recibían atención privada en sus casas.

En 1778 se propuso la construcción de “un hospital para los pobres del pueblo” (Gorlero Bacigalupi, 1988, p. 468). Esta idea fue aprobada, pero la construcción del mismo fue suspendida varias veces en los siguientes años (Gorlero Bacigalupi, 1988). A partir de una propuesta de la católica Cofradía de San José y la Caridad (Duffau, 2022; Gorlero Bacigalupi, 1988), en 1788 se funda el Hospital de Caridad (Duffau, 2022; MSP, 2009; Gorlero Bacigalupi, 1988), este es un punto de referencia en la historia del país respecto a la asistencia de la salud (Martínez Dibarboure, 2020). En el hospicio convivían la religión con la caridad como pilar, y la medicina guiada por los avances científicos (Duffau, 2022).

Barrán (1990/2011) empleó el término *sensibilidad* para profundizar en el desarrollo de las formas de sentir de la cultura uruguaya calificándolas como *bárbara* y *civilizada* (p. 11). La sensibilidad bárbara estaba establecida en la sociedad, principalmente entre los años 1800 al 1860, el “castigo del cuerpo” (p. 42) era una de sus características. El autor señala que el país de principios del siglo contaba con casi

30 mil habitantes que llegaron a ser cerca de 230.000 en 1860. Aumento debido, en parte, al ingreso de inmigrantes de Francia, Italia y España que importaron sus costumbres y enfermedades. Las guerras civiles eran constantes entre 1811 y 1875. La violencia estaba fuertemente presente en la vida de las personas, tanto físicamente como a través de los discursos y formas de actuar de dirigentes políticos y clero (Barrán, 1990/2011).

A pesar de los enfrentamientos y sitios, Montevideo siguió creciendo, lo que se reflejó en la cantidad de personas que llegaban al Hospital de Caridad y la variedad de motivos. Esto se puede ver claramente en la Memoria Instructiva del Hospital de 1826 citada por Soiza Larrosa (1980, citado por Duffau, 2022):

los objetos de este piadoso establecimiento fueron en su principio, solo los enfermos pobres, algo después las mujeres de la misma clase, y modernamente los expósitos: agréguese que poco a poco nos vamos cargando también con los impedidos y los locos y vendrá V. E. a parar en que la Hermandad tiene sobre sí, y es la única que atiende a todos los objetos de pública beneficencia (pp. 241-242).

Durante la Guerra Grande, en 1843 comenzó un sitio militar a Montevideo y con respecto a la Hermandad de Caridad el “principio del fin para su administración hospitalaria” (Soiza Larrosa, 1988, p. 483). La misma entregó al gobierno el Hospital de Caridad, quien lo derivó al Ministerio de Guerra. Pasó a ser el Hospital Militar Central, se amplió su capacidad para internaciones y el equipo médico para cubrir la actividad durante el asedio a Montevideo, hasta la firma de la paz en 1851 (Soiza Larrosa, 1988).

En 1852 por decreto el Hospital de Caridad quedó bajo la administración de la Junta Económico Administrativa de Montevideo (Soiza Larrosa, 1988). Esta fundó ese año la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, que trajo desde Génova a las Hermanas de Caridad con el objeto de que fueran las responsables de la asistencia de los pacientes del Hospital. Si bien estaban subordinadas a la comisión, ellas tenían el poder para tomar las decisiones sobre su gestión interna (Duffau, 2022).

Soiza Larrosa (1988) relata que “en el caso de los dementes, lo que comenzó como una obra de caridad, se transformó en una pesada carga, ya que debieron ubicarse totalmente separados de otros enfermos y expósitos, en reducidas y precarias instalaciones” (p. 486). Aunque la mayoría no estaba en el Hospital de Caridad (Duffau, 2013), sino que quedaban en sus casas o las calles.

## **1.2 El Asilo**

En vista de los problemas locativos que tenía el Hospital para responder a la diversidad de casos que recibía, la Junta solicitó al gobierno un lugar para enviar a las y los enfermos psiquiátricos (Duffau, 2015). En respuesta se arrendó la quinta de Miguel Vilardebó, dando nacimiento al primer Asilo de Dementes del país, que fue inaugurado “el 17 de junio de 1860” (Duffau, 2022, p. 244). Este hecho marca el comienzo de la etapa de Segregación Social (Soiza Larrosa, 1983) <sup>1</sup>. Los “dementes” que estaban internados en el Hospital de Caridad fueron llevados al Asilo (Martínez Dibarboure, 2020). El lugar estaba atendido por una variedad de saberes, lo que daba lugar al intercambio y contienda entre algunos de ellos (Duffau, 2022), pero ninguno con conocimiento específico en temas de psiquiatría.

La dirección del establecimiento quedó en manos de un homeópata, el sueco Agustín Cristiano D’Kort, pero un facultativo no especializado en psiquiatría, el doctor Joaquín Nogueira, se encargaba del tratamiento médico de los internos. Los acompañaban en las tareas un capellán, las hermanas de caridad, un ecónomo, el farmacéutico, los practicantes, el jefe de vigilancia y los sirvientes para los diferentes servicios. (Duffau, 2022, p. 244)

El establecimiento era gerenciado por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, y se le dio a la Hermandad de Caridad el poder para su dirección (Duffau, 2013). Esta se encargaba, entre otros, de la distribución de alimentos, control de los funcionarios, la higiene, y de acompañar a los médicos en las visitas (Duffau, 2022). Estos mantenían una “aparente función secundaria” (Duffau, 2013, p. 114), dedicados a las afecciones del cuerpo (Duffau, 2022).

La brutalidad de la época se extendía a las formas de tratar a las y los internos del Asilo, donde era común el uso de castigos corporales, incluso de chalecos de fuerza (Duffau, 2022, p. 245) y cepos (Techera, et al., 2009, p. 53). Vomero (2018) habla del *modo criollo* (Castigos generalizados (1884), parr. 1) de tratar a las personas internadas. Según el autor se podían ver tratamientos diferenciados por género; las monjas trabajaban con las mujeres y el capataz con los hombres.

Soiza Larrosa (1988) relata que el Reglamento Interno del Hospital de Caridad de Montevideo, establecía tres principios fundamentales “de la beneficencia pública” (p. 485) que guiaban al establecimiento: “gratuidad de las prestaciones, si no podía pagarse; generalidad a todo usuario, desde el niño hasta el viejo; facilidad de ingreso, sin mayores requerimientos ni complicaciones” (485).

---

<sup>1</sup> El Dr. Soiza Larrosa (1983) dividió el avance de la “asistencia psiquiátrica” en cuatro etapas: a) De 1788 a 1860, etapa llamada de Reclusión Piadosa; b) De 1860 a 1880, etapa denominada de Segregación Social; c) De 1880 a 1907, etapa que nombró Institucional Preuniversitaria; y d) a partir de 1907 etapa que llamó Universitaria. (p. 2)

En 1860 comienza el período de *disciplinamiento* (Barrán, 1990/2011), este término alude a la transformación que vivió la sociedad en la que la sensibilidad civilizada fue ganando terreno a la bárbara.

A la vez se daba un proceso de secularización del Estado, que favoreció el crecimiento del poder médico sobre el religioso y finalmente la medicalización de la sociedad (Duffau, 2013; Barrán, 1990/2011). Para lograr llegar a la misma es preciso que predomine el discurso médico en la vida cotidiana de la población (Stolkiner, 2013). Este discurso llevó a que se comenzara a concebir la salud como valor (Techera et al. 2009) y a “la legitimación científica del disciplinamiento” (Duffau, 2013, p. 114). El poder médico estaba creciendo en distintos espacios (Duffau, 2022), un ejemplo es la creación de la Facultad de Medicina en los 70 (Duffau, 2022; Techera, et al., 2009).

El proceso de secularización formó parte de un momento de cambios culturales, sociales y económicos en la sociedad, donde el orden establecido ya no servía a la “modernización económica y político-institucional” (Barrán, 1992, citado por Cano, 2015, p. 10) que estaba viviendo el país. Estaban surgiendo sensibilidades y racionalidades nuevas (Barrán, 1990/2011). Este cambio “implicó la institución de la razón como fundamento del sujeto político naciente (el ciudadano) y como necesidad del nuevo esquema económico-productivo (obreros calificados capaces de responder a las necesidades de la industrialización de la economía)” (Cano, 2015, pp. 10-11). Si bien hay un espacio físico dónde poner la locura, dentro de la sociedad no tiene lugar. Al año de existir el Asilo tenía 68 pacientes, a los tres años 130, esta cantidad llegó a 542 en 1874 (Martínez Dibarboure, 2020). Debido, no sólo al incremento de la población (Duffau, 2022), sino también a que encerraban en él a delincuentes en lugar de llevarlos a la cárcel del Cabildo para no saturar la única “institución de reclusión carcelaria” (Martínez Dibarboure, 2020, p. 3) que existía. La dinámica de gestión de la locura y la delincuencia muestra una inversión con respecto al siglo anterior; inicialmente se encerraba a las personas consideradas dementes en las cárceles junto a los criminales; luego, cuando se construyó un asilo destinado a su atención y cuidado, se procedió a encarcelar también a las y los delincuentes en dicha edificación. Esto desembocó en un gran hacinamiento de personas dejándolo en un estado de inestabilidad y precariedad (Duffau, 2022; Martínez Dibarboure, 2020).

Con el fin de subsanar esta situación se construyó un nuevo edificio en el terreno lindante que sería el Manicomio Nacional, su construcción duró cerca de cuatro años y se inauguró el 25 de mayo de 1880 (Duffau, 2022). La construcción de una estructura especializada marcó el inicio de la atención psiquiátrica en el país (Romano et al., 2018). Consideraban que la forma edilicia ayudaba al proceso de sanación (Martínez Dibarboure, 2020) por lo que se puso especial atención a su diseño. Sobre este hay por lo menos dos versiones, por un lado, se supone que fue inspirado en el Asilo



Sainte Anne de París; y, por otro lado, se cree que pudieron usarse los planos de un antiguo monasterio (Martínez Dibarboure, 2020). La edificación fue parte de las iniciativas del plan de modernización (Casarotti, 2007). Esto involucró cambios en el Estado, además de la reorganización y actualización de gran parte de las actividades dentro del país, como las comunicaciones con el interior y la producción; acontecimientos como la reforma educativa, creación de un sistema fiscal y monetario, entre otros (Duffau, 2015; Casarotti, 2007). Los cambios continuaron por varios años hasta entrado el siglo XX, “culminó la modernización estableciendo reformas sociales, económicas y políticas que transformaron al país en una sociedad equilibrada, progresista, optimista y confiada, que fue denominada *la Suiza de América*” (Casarotti, 2007, p. 154).

La tercera etapa mencionada por Soiza Larrosa, (1983), denominada Etapa Institucional Preuniversitaria, comienza en 1880 y llega hasta 1907. Durante la misma las personas con enfermedades mentales fueron internadas en el Manicomio Nacional. El Dr. Ángel Canaveris, pionero en nuestro país en dedicarse concretamente a la psiquiatría, fue el primer alienista de esta etapa. (Soiza Larrosa, 1983, p. 11).

### **1.3 El Manicomio**

Alrededor de 1880, al momento del comienzo de actividades del Manicomio Nacional, el país contaba con unos 300 médicos, en su mayoría habían estudiado en el exterior, y pocos de ellos tenían conocimientos específicos o experiencia en patologías psiquiátricas (Duffau, 2022).

Doce hermanas de Caridad quedaron responsables de su gestión, al igual que en el Asilo dirigían a guardias y sirvientes para cubrir las labores tanto administrativas como terapéuticas del lugar, aún era más fuerte su poder que el de los médicos dentro del nosocomio (Duffau, 2022). Desde el principio tuvieron problemas, nuevamente, en las derivaciones ya que desde las Jefaturas les enviaban “enajenados... muchos de ellos ni remotamente enfermos mentales” (Soiza Larrosa, 1983, p. 10). Para solucionar esto el Dr. Canaveris, “el primer médico del establecimiento” (Duffau, 2015, p. 51), ideó un cuestionario que fue empleado como el “primer formulario clínico de ingreso al Manicomio” (Soiza Larrosa, 1983, p. 10).

Las diferencias entre el poder médico y el religioso sobre las formas de regir el hospital y tratar a las y los internados eran evidentes, por lo que fue constante el conflicto entre ellos (Duffau, 2013). Crovetto afirmó “La autoridad de las hermanas, aún allí no se ha extinguido. Mandan más ellas que el médico. En el tiempo que estuve de practicante tuve que sostener verdaderas batallas” (Vomero, 2018, El médico director, parr. 9).

En el Manicomio se intentó actualizar la forma en que se atendía la locura, la presencia de los médicos aumentó y era cada vez más potente, se fue variando algunas de las técnicas aplicadas, pero aún se mantenían formas de antaño (Duffau, 2022; Vomero, 2018). A partir de 1885 los médicos comenzaron a desalojar a las hermanas de la gestión y dirección del mismo (Duffau, 2022).

El uso de la brutalidad fue cambiando, Duffau (2022) plantea que “es importante diferenciar la violencia aplicada en los tratamientos del abuso de los guardias, celadores y también de las religiosas contra los internos” (p. 259). Según Vomero (2018) las formas en que la aplicaban se actualizaron mediante una “tecnología de sujeción y de intervención sobre el cuerpo” (El asilo, una, parr. 10) basada en la ciencia. La finalidad médica era terminar con el maltrato sobre el cuerpo, ya que “se volvió inaceptable ese disciplinamiento brutal sobre los internados” (Vomero, 2018, El asilo, una, parr. 1).

Por otro lado, este tipo de establecimiento se convertía –y convierte– en un espacio dónde todas las actividades de la persona son planificadas y vigiladas por otros, lo que sería “instituciones totales” según Goffman (1970, citado por Vomero 2018). Al decir de Goffman (1961/ 2001):

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo dónde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. (p.13)

La continuidad entre cárcel e institución de atención a la salud mental ha estado presente en las formas de encerrar en los mismos edificios a delincuentes y dementes durante la historia, “tanto el manicomio como la cárcel sirven para confinar las desviaciones de los pobres, para marginar a quien ya ha sido excluido de la sociedad” (Basaglia 2008, p. 58).

La situación del enfermo psiquiátrico era un asunto delicado ya que podía ser ingresado al hospital sin su consentimiento, y sin poder irse a su antojo. Su hospitalización pasaba a ser una forma de “privación de libertad” basada en que representaba un supuesto peligro para la sociedad. Su clasificación de “enfermo mental” justificaba socialmente su reclusión (Vomero, 2018), y esa “reclusión es el miedo a lo que no se comprende y se desconoce” (De León, 2015, p. 8).

Más allá de algunos esfuerzos la violencia encontraba la manera de continuar expresándose. Según Barrán (1990/2011) “el hombre *bárbaro* usó y admitió el castigo de cuerpo del niño, del delincuente, del marginado, de los animales, mientras el *civilizado* condenó y se erizó ante las penas físicas y utilizó en su lugar la represión del alma” (p. 277). Un hito importante en el camino hacia el repudio de la violencia física,

al menos de una de las maneras en las que se expresa, fue en 1877 en el Reglamento de las Escuelas del Estado, en el que se decreta la prohibición del castigo corporal a niñas y niños en las escuelas (Barrán 1990/2011).

“Asilo de Dementes, Manicomio Nacional, Hospital Psiquiátrico” fueron los nombres dados a los establecimientos destinados al cuidado de las y los “locos” (Vomero, 2018, El Asilo, una, parr. 1). “Tres distintas denominaciones, para hablar del *vínculo* establecido entre la sociedad y las personas con *trastornos mentales*” (Martínez Dibarboure, 2020, p. 11). Con sus diferencias, los tres tienen en común que fueron “instituciones creadas para atenderlos, para encerrarlos” (Vomero, 2018, El Asilo, una, parr. 1). Cada uno se corresponde con el contexto histórico en que fue creado, y con las prácticas de relacionamiento de la sociedad en ese momento, de la relación que mantenían con la salud y a las formas de vincularse de la comunidad.

## **2. El Poder Médico y el Manicomio**

Continuando con el recorrido histórico, en este apartado se describe cómo, a partir del proceso de secularización del Estado, la medicina fue adquiriendo un papel dominante en el ámbito de la salud, especialmente en la salud mental. Se identifican diversas estrategias que se implementaron y permitieron a la medicina alcanzar una posición de poder en la sociedad, asumiendo un rol significativo en el control social. A la misma vez que la lógica manicomial fue invadiendo todos los ámbitos de la sociedad. Por otro lado, se procura presentar el cambio que se fue dando con respecto a la forma de pensar la salud mental. Llegando a momentos de cuestionamientos a estas prácticas, y dando paso a una perspectiva centrada en los derechos hacia finales del siglo XX.

### **2.1 La Medicina toma el control**

Cano, (2015) resalta que los últimos años del siglo XIX, fueron tiempos de cambios, con la razón como pilar de la sociedad y la locura como un peligro, lo que hizo necesario confinarla. Opina que “Este es el punto de partida del nacimiento, desarrollo y auge del manicomio en Uruguay” (p. 11). A partir de la construcción de dicha institución, reparte en dos períodos la evolución “de la salud mental en Uruguay” (p. 12), de 1879 a 1959 “encierro del loco” (p. 13), y a continuación el “abandono del loco” (p. 13). En el primero, médicos y liberales pasaron a estar a cargo del Estado, y de a poco reemplazaron la caridad religiosa por nuevas estrategias de asistencia (Duffau, 2013). Así, según Cano (2015) era labor estatal atender la situación de las personas con trastornos mentales y ayudarles a integrarse a la sociedad como ciudadanas y ciudadanos plenos, o sea, alguien que está en condiciones de trabajar cumpliendo con lo que se espera de ella o de él. Se trató, mediante diferentes técnicas, que seguían incluyendo algún tipo de violencia, de recuperar a las y los locos para que formaran parte activa de la sociedad conforme a las normas del modelo económico que estaba floreciendo. Esta etapa coincide con parte del período de disciplinamiento de Barrán (1990/2011) y el Manicomio se convierte en una herramienta para lograrlo.

Castel (2009) muestra que la clasificación de los comportamientos sociales, relacionados a las enfermedades mentales, por parte de la medicina se dio dentro de un “movimiento de medicalización de la locura” (p. 45). Esto no supuso únicamente que la institución médica la controlara, sino que necesitó además que la definiera y marcara sus límites y posibilidades, la hospitalización en un centro especializado fue lo que la validó. Se vuelve primordial la conexión entre medicina – hospitalización, la

creación de un “mandato social a partir de prácticas centradas en principio sobre el bastión asilar” (p. 45). El desarrollo de un nuevo tipo de autoridad de la institución médica que la lleve a una posición de dominio en el que no se podrá cuestionar su potestad.

Duffau (2013) señala que, según Barrán, la consolidación del poder médico implicó la construcción de un discurso hegemónico destinado a moldear a las personas y controlar la sociedad. Marc Angenot (2010, citado en Stolkiner, 2013, El proceso de medicalización, parr. 4) sostiene que el discurso hegemónico forma parte de una *hegemonía cultural* que determina la validez de las formas de existencia. Stolkiner (2013) define hegemonía discursiva como “un canon de reglas que forma parte de los dispositivos de control social” (El proceso de medicalización, parr. 4). Sin embargo, aclara esta autora que la hegemonía no es inmutable, ya que es constantemente cuestionada por otros actores sociales con perspectivas e intereses divergentes que buscan posicionarse en el mismo ámbito.

Desde este lugar el discurso guiaba a la medicalización de la vida cotidiana. Los medicamentos fueron un instrumento aplicado también para esto. Cuenta Barrán (1990/2011) que casi la mitad de los avisos sobre medicación que aparecieron en la primera fracción de 1897 en diario “El Siglo” referían a ““tónicos”, “fortificantes” y “reconstituyentes” combatientes de diversas debilidades o pobreza del cuerpo” (p. 249). No era necesario tener alguna enfermedad para tomarlos.

El Estado moderno necesitaba una forma de disciplinamiento, normalización, o control de las personas para facilitar la convivencia dentro de los marcos de las nuevas racionalidades. Los métodos que los médicos estaban imponiendo “reclusión, confesión, tratamiento” (Duffau, 2013, p. 113), le brindaron esa posibilidad.

Duffau, (2013) explica que durante el siglo XIX los alienistas exploraron dos enfoques para describir y clasificar las enfermedades mentales. Por un lado, una perspectiva organicista en la que buscaban en las lesiones cerebrales las causas de la enfermedad. Por otro, un planteamiento “moral y social”, en el que consideraban que un entorno social dañino podría ser el desencadenante de la misma. Tomando ambas posiciones se podría pensar en una situación que involucra aspectos sociales y biológicos, en palabras del autor, una “realidad socio – biológica en la cual la predisposición congénita se despertaba gracias a un medio social “impuro””. Actuando sobre este se podría demorar el comienzo de dichos padecimientos o incluso prevenirlos, por lo que se tornaba necesario controlar el contexto social, luchar contra los factores de riesgo como vicios, mala alimentación o costumbres promiscuas (p. 117).

Dentro de estos movimientos el encierro de las y los locos brindaba un doble beneficio. Consideraban que el entorno social de estas personas era perjudicial para

su tratamiento, por lo tanto, el distanciamiento era una de las ventajas. La segunda era que confinados ya no representaban un peligro para la sociedad (Duffau, 2013).

La repartición de las personas en binomios como cuerdos y locos (Duffau, 2013, p. 118) improductivas y productivas, delincuentes y honradas, decentes e indecentes, así como la clasificación de comportamientos en moralmente aceptables e inaceptables fue una gran herramienta para validar el “proceso de institucionalización y control social” (Duffau, 2013, p. 118). Techera, et al. (2009) agregan que la definición de lo que es o no es normal depende de cada sociedad, ya que es esta la que sentencia cuáles son las formas correctas de relacionarse, pensar, y comportarse – como la expresión de la hegemonía cultural (Angenot, 2010, citado en Stolkiner, 2013, El proceso de medicalización, parr. 4), arriba mencionada–. El discurso médico-científico ha contribuido con la homogeneización y ordenamiento de la sociedad de distintas maneras en el correr de la historia, una de sus herramientas ha sido la repartición de las diferencias en categorías patológicas (Stolkiner, 2013, El proceso de, parr. 14). Este discurso captura ciertas formas de ser en el mundo, determinados padecimientos, características diferentes, y los convierte en una enfermedad para la cual existe un dispositivo y protocolo específicos (Stolkiner, 2013).

Plantea Barrán (1990/2011) que se asociaba la salud al “poder sobre el cuerpo” (p. 249), y este debía ser útil para tener una vida productiva y larga. Se evaluaba al cuerpo considerando su nivel de utilidad. “La higiene fue mostrada por la ideologizada Medicina como la condición previa de la salud” (247). Por este motivo era imprescindible asegurar la higienización de aquellos que pudieran propagar enfermedades, y estos eran todas y todos quienes presentaran conductas dudosas o diferentes a las aceptadas por la moral de esa sensibilidad civilizada.

Propone Duffau (2013) que el miedo a los enfermos psiquiátricos pudo estar influenciado por el temor a lo diferente, y esto venía por distintos lados. El país estaba cambiando desde el Estado a la población, había llegado un gran flujo de inmigración, por lo que entre 1840 y 1890, casi la mitad de la población de Montevideo era inmigrante (Barrán, 1990/2011), con variedad de culturas que se fueron trenzando en la sociedad. Los sectores populares también representaban un peligro para la comunidad, ya que veían en ellos posibles fuentes de enfermedad. Duffau (2013) dice:

O por sucios, ignorantes, promiscuos y alcohólicos –así culpabilizaban a los pobres los médicos de derecha-, o por explotados por el sistema capitalista – así señalaban a los pobres los médicos de izquierda-, los sectores populares eran los protagonistas de la enfermedad y causaban su difusión. (p. 119).

Todos estos peligros representados por inmigrantes, clase obrera, pobres, indigentes, y quienes no se adaptaban a las reglas impuestas fueron constituyendo el

gran grupo llamado marginados. El hospital psiquiátrico público fue el lugar por excelencia “donde la autoridad médico burguesa ejerció el control social de los marginados” (Duffau, 2013, p. 119). Este autor agrega que para 1896, el 82% de los pacientes masculinos pertenecían a las clases populares (p. 119).

Plantea Duffau (2022) que la asistencia pública se convirtió en la nueva herramienta del Estado para gestionar a la población más vulnerable, trascendiendo el campo de la salud. Mientras, el poder médico se fue ensamblando con el político, ya que varios de estos profesionales del medio se involucraron en la política y formaron parte en la toma de decisiones respecto a la asistencia sanitaria (p. 251). Emplearon “el dispositivo manicomial y la terapéutica” (p. 269) para encauzar, estandarizar, a los pacientes acorde con las normas aceptadas, a la vez favoreciendo el desarrollo y reconocimiento de la nueva disciplina médica a nivel científico y social (Duffau, 2022).

Dentro del marco de la concepción de asistencia estatal laica, en 1910 mediante la ley de Asistencia Pública Nacional se promulgó el acceso sanitario gratuito para quienes no tuvieran los recursos necesarios (Duffau, 2013). Su aprobación significó la secularización total del Manicomio (Duffau, 2015).

## **2.2 Se consolida el Poder Médico**

En 1908 se creó la Cátedra de Psiquiatría que se instaló dentro del Manicomio (Casarotti, 2007), con el profesor Dr. Bernardo Etchepare, formado en Francia (Martínez Dibarboue, 2020).

Poco después, “por un decreto del Poder Ejecutivo el Manicomio fue redominado, en 1911, Hospital Vilardebó” (Duffau, 2015, p. 42)<sup>2</sup>. Más tarde, en 1923, se fundó la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (Duffau, 2022; Bielli, 2012) la cual se ubicó dentro de este recinto, al igual que la Cátedra de Psiquiatría (Casarotti, 2007). Poco después, en 1929 inició la publicación de la Revista de Psiquiatría del Uruguay (Duffau, 2022; Bielli, 2012). La psiquiatría estaba conquistando, desde diferentes ámbitos, una posición preponderante en el país.

El poder médico, sin la contrapartida religiosa, siguió creciendo. A este respecto expuso Barrán (1993, citado en Duffau 2013) sobre el manicomio “el poder médico era totalitario y no meramente absoluto...la única limitación real del poder era la conciencia del médico” (pp. 115-116). El loco quedó en relación de dependencia con el psiquiatra ya que él era el portador de la razón (Duffau, 2013), y a este no le interesaba sufrimiento de estos pacientes, sino su comportamiento. Según Barrán la psiquiatría logró que una de las bases fundamentales para preservar el orden fueran

---

<sup>2</sup> Por su lado, Casarotti (2007) y Vomero (2018) plantean que el Manicomio pasó a ser llamado Hospital Vilardebó en 1910.

los comportamientos "racionales", conductas acordes a la normalidad (Duffau, 2013, p. 116).

Vomero (2018) subraya que Crovetto ratifica la idea de Foucault en la que plantea que la psiquiatría actuó antes como mecanismo de poder y control que como disciplina de saber. Expresa que su influencia abarcó la totalidad de la sociedad, por ejemplo, en el ámbito penal, asignando responsabilidades y asesorando sobre los castigos, o el ámbito educativo normalizando la niñez y buscando la posible peligrosidad desde una edad temprana. En términos generales decidiendo las formas sanas existir.

Según Duffau (2013) Barrán sugiere que la medicalización de la sociedad en las primeras tres décadas del siglo, requirió un proceso triple: primero el aumento en la visibilidad, responsabilidad e importancia del lugar del médico; luego la transformación de la salud en uno de los valores más importantes para la sociedad, y por último la integración en el día a día de prácticas y principios establecidos por la medicina. El discurso médico llegó a ser un lenguaje dominante dentro de la población, permitiendo a la ciencia médica dirigir la vida pública y privada de las y los uruguayos. (p. 110)

Techera, et al. (2009) explican que el enfoque de la psiquiatría está basado en la ciencia y es laico, lo que la separa de las formas anteriores de cumplir con las demandas sociales desde un punto caritativo. La secularización implicó un quiebre en la manera de ver y tratar a la salud mental, significó emplear el método científico y buscando explicar las enfermedades desde "la red de causas y efectos materiales" (p. 40). Estos autores toman los conceptos de Descartes "la res cogitans (mundo mental) y el de la res extensa (mundo material)" (p. 40) para explicar la racionalidad científica del momento. La psiquiatría interviene en situaciones relacionadas al mundo mental, el pensamiento, efectuándose sobre el mundo material, el cuerpo. "El psiquiatra actúa sobre una entidad material de orden biológico, orgánico, la cual se denomina "enfermedad"" (p. 40). La persona padece una enfermedad, esto lo coloca en un lugar pasivo en su desarrollo. Así en lo referente a los trastornos mentales lo mental queda relegado a lo material. Como consecuencia de esto se ha dado un conflicto entre las ciencias naturales y las ciencias humanas y en este contexto dio lugar a una serie de dilemas como: a) síntoma explicativo o interpretativo; b) causas biológicas o "determinantes psico-socio-culturales" (p. 40); c) tratamiento principalmente medicamentoso o tratamientos integrales; d) paciente activo o pasivo "en el proceso de tratamiento y rehabilitación" (p. 40); e) en cuanto a la función de la institución psiquiátrica es esta asistencial o un lugar de reclusión y exclusión.

En otro orden, Rudolf Virchow (s/f, citado por Ginés et al., 2005), médico investigador que vivió hace más de cien años, "fundador de la patología celular moderna" (p. 132) aseveraba que "la medicina es política en gran escala" (p. 130). Ginés et al. (2005) explican la política como todos los aspectos de una cultura que son



utilizados para generar cambios significativos dentro de un momento histórico. Estas transformaciones son en virtud de una mejora de “la condición humana” (p. 132) de esa sociedad. Esto incluye intereses públicos y privados, disputas sobre el poder, la presencia del Estado, de instituciones privadas, de “corporaciones nacionales y transnacionales” (p. 132), la globalización y la acción de las “fuerzas sociales en movimiento” (p. 130). Este concepto se une a los anteriores para ilustrar la relación entre la salud mental y el desarrollo de la sociedad, la manera en que ambas se fueron moldeando y limitando. Con el perjuicio de la primera, ya que desde un comienzo fue el problema a solucionar para permitir el desarrollo de la segunda de una manera armoniosa y acorde a los cánones impuestos desde la modernización.

Conforme a Duffau (2022) sin dejar de lado las causas morales se estableció “en una conceptualización organicista de la enfermedad e insistió en su origen fisicocerebral” (p. 257). La evaluación médica iniciaba por la revisión del cuerpo, seguía con la historia familiar y terminaba con las cuestiones morales que podrían causar la enfermedad. De este modo se institucionalizaba al psiquiatra como reformador social (p. 257). Con respecto a los tratamientos que se aplicaban, existen registros que ya en 1899 existía una “sección de electroterapia” (p. 259), además de esta se empleaba la hipnosis, sugestión y calmantes. Se estaba empezando con la psicoterapia, aunque aún con cierta renuencia entre algunos médicos que no daban valor al análisis de los asuntos personales o familiares como causas probables del comportamiento. Explica este autor que se consideraba importante la capacidad terapéutica de la actividad por lo que en 1905 el Manicomio brindaba diferentes talleres como ser “de carpintería, de herrería, de pintura, y de albañilería” (p. 262) entre otros. Esto se acompañaba de otras actividades como los horarios establecidos para la comida o el aseo, con la intención de habituar a los pacientes a determinadas rutinas, “En este sentido el Hospital no era solo un lugar de reclusión sino también un espacio pedagógico, moralizante, que reeducaba y readaptaba a los pacientes” (p. 263). Este autor trae un intento por emplear formas alternativas al aislamiento absoluto, que fue la propuesta de un sistema que se estaba aplicando a nivel internacional, el *open door* (p. 263). Otra estrategia fue llevar a las y los internos al campo, lejos de sus familias y de la ciudad, en 1910 tomó impulso la idea de *colonia rural*. (Duffau, 2022)

En 1912 se inauguró la Colonia de Alienados de Santa Lucía, llamada Colonia “Dr. Bernardo Etchepare” (Arduino y Ginés, 2013, p. 59), que funcionaba como un “establecimiento agrícola para pacientes con enfermedades psiquiátricas” (Duffau, 2022, p. 264), quienes debían trabajar no sólo con el propósito de la rehabilitación, sino también el de generar ingresos para financiar el lugar (Duffau, 2022). Techera, et al. (2009) explican que se priorizaba “la organización por pabellones y la cura por el trabajo” (p. 65). Durante los primeros diez años el Dr. Rossi estuvo a cargo, en esa

época las colonias, Etchepare y Santín Carlos Rossi fueron vistas como un ejemplo en el tratamiento de las enfermedades mentales tanto nacional como internacionalmente. Estos autores denominaron a esta etapa como “época del “loco en el galpón”” (p. 65), debido a que estos eran empleados como fuerza laboral pero sus frutos eran aprovechadas por otros.

Estaba destinado a recibir pacientes crónicos que resultaban más caros para el sistema ya que permanecían internados períodos prolongados, incluso por toda su vida, y el Estado debía garantizarles un lugar seguro en el que habitar durante ese tiempo. Se trasladaron aquí los pacientes crónicos internados en el Hospital Vilardebó, el cual fue destinado para pacientes pasajeros (Duffau, 2022). Arduino y Ginés (2013) sostiene que de esta manera “nació y se consolidó la etapa custodial y asilar de la psiquiatría nacional” (p. 59). Rápidamente alcanzó su límite locativo y comenzaron situaciones de hacinamiento (Duffau, 2022). Arduino y Ginés, (2013) explican que esto se debió, en parte, al hecho de que también ingresaban a estas personas sin “recursos económicos o sociales” (p. 59) llevados por la policía con la clasificación de vagabundo, o adolescentes y jóvenes a los que sus familias no podían sostener. Llegaban desde todo el país debido a la falta de asistencia psiquiátrica que existía en el interior. El mismo problema que se fue repitiendo en los distintos establecimientos destinados a la internación de pacientes durante diferentes momentos históricos. De acuerdo con Techera et al. (2013) tanto el hospital, como las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, se establecieron como “centros de *contención* de las capas sociales más vulnerables” (p. 19), manteniéndose la situación de hacinamiento, al menos, hasta 2013.

Cuando la administración de Rossi llegó a su fin, las colonias enfrentaron un periodo difícil debido a la corrupción de algunos empleados que vendían la mercadería destinada a los pacientes, como consecuencia estos pasaban hambre y frío (Techera et al., 2009). Nuevamente se manifestaban diversas formas de violencia hacia las personas bajo el cuidado de estas instituciones.

Con respecto a los tratamientos, Duffau (2022) aclara que en los 30 se comienza a incluir la teoría psicoanalítica y la corriente de pensamiento freudiano. Lo que trajo una conversión en la forma de pensar las enfermedades mentales que incluyó la “psicologización del individuo” (p. 261). La psicoterapia se utilizaba como complemento a otros tratamientos, permitía que la atención fuese ambulatoria por lo que podía, en algunos casos, evitarse el “aislamiento y el reposo” (p. 262). Según este autor, esto sumado a la introducción de los psicofármacos produjo, en el período que va desde 1910 hasta 1950, un impacto significativo con la consecuente renovación en las formas de atención.

En 1930 la Cátedra de Psiquiatría denuncia que el Hospital Vilardebó estaba funcionando como un asilo y centro de reclusión carcelaria, además de las condiciones

insalubres en las que mantenía a los enfermos (Martínez Dibarboure, 2020, p. 8). Se repiten estas denuncias durante toda la historia de las instalaciones psiquiátricas. El MSP, creado en 1934 para reemplazar a la Asistencia Pública, sería la entidad encargada de supervisar la atención a las personas con problemas de salud (Duffau, 2022). Conforme al planteo de Casarotti (2007) en el Uruguay en el período que va de 1933 a 1936 se dio un quiebre institucional (p. 155), durante el cual se implementaron varias acciones legales respecto del tratamiento a la salud mental, como por ejemplo “la inimputabilidad por patología mental” (p. 155). O la Ley N° 9.581 de “Asistencia a psicópatas”, aprobada en 1936 (Duffau, 2022; Casarotti, 2007), la ley trató temas administrativos sin realizar variación a las formas de tratamiento o aspectos clínicos (Duffau, 2022, p. 267). Con el objetivo de controlar las internaciones y asistencia en el ámbito de la salud mental esta legislación estableció la Inspección General de Psicópatas, como organismo de contralor, además de una Comisión Asesora de la Asistencia de Psicópatas (Ottonelli, 2013). Esta ley proporcionó un respaldo jurídico al sistema manicomial (Techera et al. 2013).

En 1948 se inicia el Patronato del Psicópata con la ley N° 11.139. Su principal objetivo es facilitar la reinserción en sociedad del “enfermo mental”. Propone talleres para la capacitación y empleo de los internos. También se estableció un Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica subordinado al Patronato (Ottonelli, 2013).

### **2.3 Comienzos, cambios y regreso a lo mismo**

En estos tiempos, apareció el tratamiento psicofarmacológico lo que cambió la atención a la salud mental “casi al mismo tiempo que el psicoanálisis y la psicología adquirirían una presencia firme en el Uruguay, los antidepresivos hacían su entrada al país” (Bielli, 2012, p. 86). En 1952 se comenzó a emplear “antipsicóticos o neurolépticos”. Con referencia a esto, relatan Marcolini, P. y Michelini, M. (2014, citadas en Martínez Dibarboure, 2020) que “posibilitó el predominio de la contención farmacológica sobre la contención mecánica y física del paciente, eliminando entre otras técnicas el chaleco de fuerza” (p. 9).

En 1956 Sidman, emplea la palabra psicofarmacología para referirse al área de investigación en la que la farmacología y las ciencias del comportamiento comenzaban a relacionarse (Techera et al., 2009, p. 58). Techera et al. (2013) informan que en ese momento se empleaba “la clorpromazina y el haloperidol” (p.19) para tratar los trastornos psiquiátricos más graves. Al poco tiempo se vieron efectos secundarios: “síntomas extrapiramidales; disfunciones del humor, sexuales y del sueño; arritmias cardiacas, etc” (p. 19). Buscar la forma de contrarrestarlos motivó la investigación de la psicofarmacología que alcanzó grandes innovaciones al respecto (Techera et al. 2013). Desde su creación el MSP se encargó de regular, controlar y fiscalizar los

medicamentos que circulaban en el país. Para la década de 1950, ya se había establecido una regulación formal del comercio de los remedios, dividiéndolos entre los de venta libre y los que necesitaban receta médica, así para acceder a estos no se podía evitar la participación médica (Bielli, 2012, p. 87-88). Así pasaron a ser instrumentos para el tratamiento a los que sólo podían acceder los médicos. Se instalaron dentro del discurso hegemónico que daba cada vez más peso a la medicalización de la sociedad, contribuyendo “al proceso de mercantilización de la salud” (Stolkiner, 2013, Introducción, parr. 3). Bielli (2012) plantea que el Estado entregó “legalmente el monopolio” (p. 83) de la salud a la medicina, y por su lado los psiquiatras pretendieron la exclusividad de la salud mental. La educación formal en psicofarmacología era exclusivamente para médicos y psiquiatras, dejando a los psicoanalistas y psicólogos por fuera de estas formas de terapia. Como consecuencia esto propició “que la práctica clínica psiquiátrica pudiese identificarse directamente con el uso de psicofármacos y la práctica clínica de psicoanalistas y psicólogos con el uso de la psicoterapia” (Bielli, 2012, p. 89).

Techera et al. (2009) cuentan que en 1952 el Dr. Luis Barindelli y Dr. Carlos Tobler quedaron a cargo de la sección de Laborterapia del Hospital Vilardebó. Creían que el aislamiento era causa del *enfermo pasivo*. Por este motivo realizaban tareas diseñadas para estimular la *activación* de la persona, buscando reestablecer conexiones con su entorno y experiencias previas a su vida en el asilo. Determinaron dos caminos para el proceso terapéutico: uno era el tratamiento, que se enfocaba sobre la *parte enferma* y otro, era el *asistencial*, que se centraba en la *parte sana*, intentando relacionar a la persona con su historia. La Laborterapia ayudaba a la persona a involucrarse en actividades que su parte sana podía llevar a cabo, ya sea “de forma real o potencial” (p. 60), facilitando un entorno similar al que se buscaba que la persona volviese.

Estos autores explican que el Dr. Barindelli buscaba la transformación de la de atención psiquiátrica. Pretendía un *hospital activo*, su propuesta consistía en que se tuvieran en cuenta las demandas espirituales, así como las dificultades sociales y financieras de las y los pacientes (p. 56). Procuró encontrar una forma de tratamiento más global. Explican que se permitió gran variedad de actividades para las personas internadas como por ejemplo “deportes, paseos y conciertos, hasta exhibición de cine y teatro” (p. 60). Personas de distintas disciplinas como artistas, profesores y otros desarrollaban actividades dentro del hospital que no estaban dirigidas únicamente a las y los internos. La sociedad comenzaba a reconocer la enfermedad mental no solo como un problema orgánico, sino como un fenómeno complejo influenciado por diversas variables “tanto físicos como psíquicos, morales, vinculares y económicos” (p. 56).

Techera et al. (2009) relatan que en 1959 Barindelli fue reasignado a la Colonia Etchepare, para formar parte de una comisión interventora, pero no pudieron solucionar los problemas que se estaban viviendo en las colonias y luego de un año fue cesado. Mientras que el Hospital Vilardebó se convirtió en un taller que abastecía a Salud Pública de distintos productos, fabricados por las personas internadas sin que les pagasen nada. “La laborterapia de Barindelli había quedado reducida a un mero lucro por medio de la explotación del enfermo mental, en una historia de abuso que se repite desde siempre” (p. 62). Podríamos decir nuevamente que se trata de otra forma de violencia perpetuada contra las personas que asistían a estos centros en busca de ayuda.

Aproximadamente en este momento comienza el período que Cano (2015) llamó de “*abandono del loco*” (p. 14), fase en la que se privilegió el uso de medicación para el tratamiento de las crisis agudas. La internación pasa a ser algo muy caro para el Estado, “y entonces el loco será abandonado en las calles y los cantegriles” (p. 15). De todos modos, el autor destaca la cantidad de experiencias positivas de trabajo que se dieron en ese tiempo con las y los internos desde otros ámbitos como ser la UdelaR, ONGs, intendencias, y más adelante con el Programa Nacional de Salud Mental.

Según Vomero (2018) la institución manicomial empezó una larga caída, aunque no se llegó a descartar como recurso. En los 60 comenzó el movimiento de antipsiquiatría que consiguió que el manicomio “fuera condenado social y médicamente” (Vomero, 2018, El asilo, una, parr. 18). En esta década se realizaron, en distintas regiones del mundo, lo que se llamó “Reformas Psiquiátricas” que implicaron la modificación de los sistemas sanitarios existentes. Incluyeron variaciones en la legislación, capacitación profesional, clausura de los manicomios, desarrollar una “red de servicios comunitarios”, que permita cubrir sus necesidades de “vivienda, trabajo y atención” (Cardozo, 2021, p. 101).

Con el fin elaborar un “Informe sobre Salud Mental en Uruguay”, el MSP en 1966 convocó al consultor Pierre Chanoit, para la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Martínez Dibarboue, 2020; Arduino y Ginés, 2013). En este reporte escribe:

El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a sociedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. (Ginés, 2013, p. 42)

Las sugerencias de cambio que se proponían en el documento fueron clave para la reforma en el ámbito de la atención psiquiátrica y la salud mental (Arduino y Ginés, 2013), contribuyendo con el “Plan de Salud Mental de 1972” (Techera et al., 2013, p. 19). Si bien se comenzaron a aplicar algunas de las propuestas, las mismas se restringieron a los servicios públicos (Casarotti, 2007, p. 155).

En 1973 da comienzo el proceso de dictadura cívico militar en el país. Se detuvo el avance de las transformaciones que se estaban proponiendo (Techera, et al., 2013), pero se realizaron otras acciones. Por ejemplo, señala Casarotti, (2007) que el MSP implementó modificaciones en la estructura de la atención psiquiátrica, ampliando la cobertura a través de la apertura de “servicios de hospitalización” (p. 156) y el envío de psiquiatras a diferentes regiones del país, a la vez que se iniciaron “servicios en “salud mental” de atención externa” (p. 156). De esta manera se redujo la cantidad de pacientes internados en la capital. Se intentó clausurar el Hospital Vilardebó y abrir un nuevo centro hospitalario en las afueras de la ciudad que fue el Hospital Musto, inaugurado en 1983 (Martínez Dibarboure, 2020).

Así decía el contador-ministro: “(Se busca el cierre del Hospital Vilardebó) por tratarse de una imagen decepcionante que deseamos borrar de la ciudad”. “Es tremendo pero no es sólo un problema uruguayo, es mundial. Sólo puede esperarse que se mueran...”. “Uds. Me hablaron de cosas dantescas y es así, tienen razón, pero es así por las propias características del paciente”. (Ginés, 2013, p. 43)

Finalmente, no se cerró el Hospital Vilardebó. Martínez Dibarboure (2020) escribe que durante este tiempo presos políticos (p. 9) fueron reclusos en el mismo.

### **3. La Salud Mental y los Derechos Humanos**

En este último tramo del recorrido histórico se intentará mostrar los procesos de cambio por los que pasó el tratamiento de la salud mental concebida bajo una perspectiva de derechos. Llegando a la actualidad, se procurará presentar la necesidad de una transformación no sólo en la atención a la salud mental, sino en las formas en las que la sociedad en su conjunto se relaciona con la misma.

Para el final de este trabajo se buscará presentar la situación actual del encierro y tratamiento a la salud mental.

#### **3.1 Camino al Plan Nacional de Salud Mental**

A nivel mundial, se intensificaba la preocupación por las formas en que se abordaba la salud, lo cual trajo repercusiones en las políticas en salud mental. Un ejemplo de esto fue la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata que se celebró en la URSS en 1978. En la misma se denunció la falta de recursos económicos destinarlos a la atención primaria de salud (Ottonelli, 2013). En la misma se describe la salud como:

un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución de nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere de la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector sanitario. (OMS, 1978, p. 1)

Este documento no sólo subrayó la salud como un derecho, sino que introdujo la importancia a la Atención Primaria en Salud (APS), lo que significó un cambio de paradigma en la atención a la salud en muchas partes del mundo, incluyendo Uruguay.

En 1980, con respecto a la salud mental, en el país comienzan a formarse las “primeras organizaciones de familiares y usuarios” dentro del movimiento antimanicomial que seguía un “proceso de desmanicomialización” (Rivero Amarante, 2022, p. 87).

A mediados de los 80, a partir del retorno a la democracia se produjeron cambios significativos, como la implementación “de políticas públicas dirigidas a la salud mental” (Techera et al., 2013, p. 18). En 1984 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay redactó un informe llamado “Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio” que contribuyó a la elaboración del futuro Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) unos años más tarde (Arduino y Ginés, 2013; Casarotti, 2007). Dicho reporte

denunciaba, por ejemplo, que la colonia Etchepare estaba funcionando como una institución “asilar y custodial” (Arduino y Ginés, 2013, p. 62). Techera et al. (2013) advierten que la asistencia psiquiátrica varía según la posición económica de las y los “usuarios del sistema” (p. 19). Así, esta Colonia, es el destino final para quienes tienen menos recursos que al llegar a ella quedan aislados de “todas las redes sociales” (p. 19).

Baroni (2016), añade a la división en períodos realizada por Cano (2015)<sup>3</sup> un tercero llamado “de olvido del loco”, desde 1984 hasta 2015. A su vez, este está repartido en tres etapas; “1984 a 1996, 1997 a 2005 y de 2005 a 2015” (El proceso uruguayo, parr. 2). Durante el primer momento se intentó de clausurar el Hospital Vilardebó, lo que generó gran conmoción. Esto llevó a que el MSP reuniera una Comisión para que problematizara sobre las posibles pautas para el desarrollo del PNSM tanto en relación con la forma de pensar la salud mental como en los enfoques utilizados para abordarla (Baroni, 2016).

Comenzaba a quedar claro que la institución manicomial ya no era funcional, las internaciones por períodos largos fueron dejando de ser una solución, esto hizo necesario encontrar formas alternativas (Cano, 2015, p. 11). Informan Techera y Apud (2013) que la Comisión Nacional de Salud Mental (CNSM) proyecta en el PNSM un nuevo enfoque para el sistema Nacional de Salud Mental con una estrategia cimentada en la APS, mayor importancia de lo comunitario, clausura de los manicomios, y promoción en “la prevención y la rehabilitación” (p. 28).

El PNSM es aprobado por el MSP en 1986 procurando mantener las directrices de 1972, “tenía como cometidos la Atención Primaria en Salud, la creación de equipos de salud mental en los hospitales generales, la descentralización del servicio hacia todo el interior del país, la creación de centros de rehabilitación” (Techera et al., 2013, p. 19).

Ottonelli (2013) sugiere que este plan surgió en respuesta a una firme voluntad nacional de transformar y mejorar la atención de la salud mental en el país. A pesar de carecer de “una estructura y respaldo económico” (p. 62) se transformó en una de las principales herramientas de trabajo para quienes buscaban un cambio.

---

<sup>3</sup> Cómo ya fue mencionado, Cano (2015) propone separar en dos momentos históricos el abordaje “que la sociedad uruguayo ha dado a su locura y a sus locos” (Cano, 2015, p. 12). Ellos son “encierro del loco” (1879 a 1959) y, el “abandono del loco” (1960 en adelante).



### 3.2 Plan Nacional de Salud Mental

Techera y Apud (2013) señalan que el PNSM presentaba dos puntos de vista. Uno, “de corte especulativo” (p. 28) incorporaba elementos muy novedosos, que, si se lograban concretar, podrían propiciar una reconfiguración gradual del “sistema de salud mental” (p. 28). El otro de corte “de lo práctico” (p. 28) exponía la falta de recursos económicos, políticos, humanos, entre otros, que se vivía en las distintas instalaciones dedicadas a la salud mental. Su implementación fue mayormente en los servicios del Estado (Romano et al., 2018; MSP, 2005), por ejemplo, a partir de 1989 Unidades de Salud Mental actúan en “todos los hospitales públicos de Montevideo” (Ginés, et al., 2005, p. 131). Romano et al. (2018) entre otros, señalan que, pesar de que se introdujeron cambios en la atención a la salud mental, estos no se llevaron a cabo de manera integral; “tuvo progresos e involuciones” (MSP, 2005, p. 155). La implementación de varias de las medidas establecidas fue limitada y deficiente debido a la ausencia “de apoyo económico, de organización y de formación de recursos humanos” (Techera y Apud, 2013, p. 33). Cano (2013) expresa que si bien el PNSM brindó la posibilidad de “desarrollar las primeras estructuras asistenciales a nivel territorial” (p. 120) y nuevos enfoques dirigidos a una desinstitucionalización gradual, no recibió suficiente apoyo económico, ni político.

De todos modos, se logró armar “una red de atención en policlínicas, centros diurnos, casas asistidas, talleres protegidos, etc.” (Baroni, 2016, El proceso uruguayo, parr. 3), además de la reorganización del sistema de “internación en hospitales generales” (MSP, 2005, p. 156) a nivel nacional. Se expandió la cobertura de la psiquiatría y la salud mental en del país, lo que “constituye uno de los cambios más trascendentes de las últimas décadas que marca un viraje hacia estrategias comunitarias” (MSP, 2005, p. 156). Diversos programas desde la Universidad lograron acercar a la comunidad psicoterapias desde distintas orientaciones como el “psicoanálisis, psicodrama, terapia cognitivo conductual, terapia familiar sistémica, vincular psicoanalítica” con enfoques que ponen en práctica “técnicas individuales, grupales y familiares” (MSP, 2005 p. 156).

Ginés et al. (2005) recuerdan que el PNSM fue creado para beneficio de las y los pacientes, con el propósito de darles la posibilidad del desarrollo de una “vida social plena o protegida... facilitar su tránsito a la vida en la comunidad” (p. 137), para esto, aparte de los servicios de salud, son necesarios los espacios donde las personas puedan integrarse a diferentes actividades. De acuerdo con Baroni (2016) en este contexto aparecen “las primeras asociaciones de familiares”, y proyectos “de carácter integral en rehabilitación” llevadas a cabo por particulares (Baroni, 2016, El proceso uruguayo, parr. 3).

En 1990 se realiza la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (O.M.S/O.P.S.), en la que se redacta la Declaración de Caracas de 1990. En esta se presenta el objetivo de abandonar el enfoque tradicional de la atención psiquiátrica centrada en el “dispositivo asilar”, y la necesidad de combatir “las situaciones de abusos y discriminación” de las que son víctimas las personas “con problemas de salud mental” (Techera et al., 2013, p. 20). Se resalta la importancia de incluir estrategias psicofarmacológicas y psicoterapéuticas juntas, así como psicosociales (Techera y Apud, 2013). Asimismo, enfatiza la importancia de implementar estrategias de tratamiento fundamentadas en la atención comunitaria y en el fortalecimiento de redes sociales, velando por el respeto por la dignidad y los derechos de estas personas involucradas (Ginés, 2013; Ottonelli, 2013). En concordancia con esto, en la Resolución 46/119 de 1991 de Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), sobre los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”, el primer Principio plantea que “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana” (ONU,1991 Principio 1, parr. 2)

Ambas declaraciones estaban en línea con el PNSM de 1986 y aportaron a la reestructura del sistema de atención a la salud mental del país. No obstante, la situación mantenía cierta lentitud hacia el cambio. Los intentos por implementar el PNSM no fueron suficientes para ampliar y ejecutar las iniciativas que buscan mejorar el panorama de la salud desde un enfoque de derechos humanos (Baroni, 2015).

A mediados de los 90 la ONG “Mental Disability Rights Internacional” (MDRI) realizó un informe sobre la situación de la salud mental en el país (Cano, 2013; Techera et al., 2013). Algunas de las situaciones que el informe mostraba era el maltrato a las y los hospitalizados y el prácticamente “exclusivo uso de psicofármacos y electroshocks, la falta de personal especializado” (Techera y Apud, 2013, p. 29). Planteó varias sugerencias como ser la creación de redes comunitarias con anclaje territorial de apoyo en salud mental (Cano, 2013; Techera y Apud, 2013), y “el desarrollo y la implementación de terapias alternativas al modelo médico hegemónico” (Techera et al., 2013, p 20). Los derechos de las y los usuarios, en la realidad podían ser violados debido a prácticas como “la internación involuntaria, la utilización de tratamientos invasivos, la no utilización del consentimiento informado, etc.” (Techera y Apud, 2013, p. 31). El MDRI también proponía que se reviera la ley de salud mental existente (Techera y Apud, 2013).

Conforme lo dicho por Cano (2015) en ese momento Latinoamérica se vio influenciada por políticas económicas promovidas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial que significaron una serie de reformas institucionales

para los Estados implicados. Dentro de este contexto el manicomio pasó a ser un establecimiento muy caro. Debido a esto se implementó la estrategia de rápido egreso de las personas internadas en las distintas instituciones psiquiátricas, acompañada por un discurso progresista que criticaba al manicomio como un espacio de represión (p. 11).

Así mismo, en la segunda mitad de los 90 se cristalizaron transformaciones en el sistema de asistencia, como la introducción de “equipos multidisciplinarios comunitarios de salud mental” (Techera et al. 2013, p. 22), la reconfiguración del Hospital Vilardebó para ser una institución destinada a casos agudos (Baroni, 2016), y la apertura de “Centros Diurnos y Casas de medio camino” a cargo del MSP (Baroni, 2016, El proceso uruguayo, parr. 7). Por otro lado, llegó el fin del Hospital Musto en 1996 por orden del MSP (Martínez Dibarboure, 2020). Lo que potenció una “desinstitucionalización de personas con padecimientos psiquiátricos sin dispositivos de inclusión social y atención intermedia” (Techera et al. 2013, p. 22). En ese momento empieza la segunda etapa del período del olvido del loco propuesto por Baroni (2016), que va desde 1997 hasta 2005.

Dicha clausura trajo grandes consecuencias para las personas que estaban internadas, especialmente en cuanto a su reubicación. Quienes pudieron volvieron con sus familias (Techera y Apud, 2013), las y los otros fueron trasladados a las Colonias o acabaron en situación de calle (Baroni, 2016; Techera et al., 2013). Se desencadenó lo que Fernández y De León llamaron *desmanicomialización forzosa* que formaba parte de una planificación política para lograr una disminución de los gastos del Estado (Fernández y De León, 1996, citados por Techera et al., 2013, p. 20). Esta desinstitucionalización no fue respaldada por la creación “de estructuras y equipos de salud mental a nivel territorial, ni por suficientes programas de asistencia y prevención capaces de acompañar y favorecer el proceso de reinserción social de las personas internadas” (Cano, 2015, p. 11). La habilitación de camas psiquiátricas en hospitales generales permitió contrarrestar la baja de camas en el hospital de agudos, pero no se generaron opciones sustitutivas de atención que cubran el descenso de camas para las internaciones (Casarotti, 2007, p. 156).

Agrega Hernández Monsalve (2017) que cuando se implementa la desinstitucionalización como medida de ahorro económico no se genera “un sistema de cobertura universal” que asegure a las y los internados “el acceso a servicios sociales y sanitarios y a programas de salud mental comunitaria” (p. 174). Entre los lamentables efectos que esto puede provocar es dejarles sin hogar, lo que los lleva a la calle o a la cárcel, “dos formas extremas de exclusión y encierro” (p. 174). Otra forma en la que se expresa la violencia contra estas personas, repetición que hemos visto en la historia.

Quedó evidenciado que dentro de este proceso si no se toman en consideración estrategias alternativas para las y los internos que llevan años confinados en el hospital, se corre el riesgo de interrumpir sus tratamientos o incluso privarlos de la atención que necesitan (Baroni, 2016). Una vez en la calle se generan situaciones de entrada y salida de la institución de salud mental en la que la persona es vista como *paciente social* y pasa a estar “atrapado en una suerte de puerta giratoria” (Baroni, 2016, El proceso uruguayo, parr. 6).

Cano (2015) lo resume del siguiente modo: “en este período se abren las puertas del manicomio sin generar una alternativa terapéutica y social a la reclusión manicomial” (p. 11). El desenlace de esta situación fue y es el traslado “del mismo modelo de exclusión y abandono, ahora fuera del manicomio” (p. 12). Este autor denunciaba que aún en 2015 en el Hospital Vilardebó anualmente se llegaba a un 50% de reingresos, mientras que aumentaba la cantidad de pacientes psiquiátricos viviendo en la calle.

El edificio del Hospital Musto fue transformado, en el 2002, en un espacio de medio camino entre la cárcel y la libertad, se llamó “Centro Nacional de Rehabilitación” hasta el 2010 en que pasó a ser “Cárcel de Mujeres” (Martínez Dibarboure, 2020, p. 9).

El proceso de desinstitucionalización mencionado unido a la crisis económica que comenzó en el 2002 en el país, produjo un incremento de “la marginalización y exclusión social de las personas con padecimientos psiquiátricos” (Techera y Apud, 2013, p. 29). A la vez se podían observar grandes deficiencias en lo referente a la “prevención, la promoción y la atención de la salud mental” (Techera et al., 2013, p.22). Baroni (2016) detalla que desde el Estado diferentes entidades intentaron brindar soluciones a las problemáticas que se generaron en este “entrecruce locura y pobreza”, desencadenado por las previas medidas de “desinstitucionalización y el problema de las personas en situación de calle” (El proceso uruguayo, parr. 9).

El sector de la salud pública salió de este período cargando con un atraso presupuestal, falta de personal, además de un gran desgaste de las instalaciones. En estas condiciones se debía encarar las necesidades de la población que no estaba amparada por la seguridad social. Por su lado el sector privado no estaba en mejores condiciones, ya que su nivel de endeudamiento generaba dudas respecto a sus oportunidades de permanencia en el sistema de atención médica. (MSP, 2009).

En el 2005 Ginés et al. escribían que se podían constatar progresos desde el PNSM, aunque aún había “mucho de inaceptable e indigno” (p. 131), expresaban que recién se estaba comenzando a llevar a cabo “la propuesta comunitaria, en promoción, prevención, rehabilitación y disfrute pleno o protegido de la vida social” (p. 132). Opinaban que “En el ocaso del “modelo manicomial”... Aun cuando persisten oscuridades inaceptables, un nuevo estilo de asistencia está naciendo” (p.132).

Este año marcó un punto de inflexión en las políticas públicas sobre la salud (Cardozo, 2014). Por un lado, se funda el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (Baroni, 2016) que contempla aspectos imprescindibles relacionados con los temas de salud mental de las personas “en situación de vulnerabilidad social” (Baroni, 2018, Las segundas reformas, parr. 6). Por otro lado, se forma la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de Salud Mental, con el objetivo de garantizar el respeto de los derechos humanos de acuerdo a las recomendaciones internacionales vigentes y con la intención de promover la participación activa en la elaboración de políticas públicas en la esfera de la salud mental (Techera y Apud, 2013). A la vez, con el fin de lograr una reforma de la salud se promueve la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Baroni, 2015).

Durante el año en cuestión la CATP desarrolló un Documento Programático sobre el PNSM, que planteaba los desafíos históricos más significativos referidos a la salud mental que aún no se habían podido vencer: “1. La marginación masiva de enfermos mentales. 2. El notorio retraso en incorporar recursos de psicoterapia y psicosociales a los servicios públicos y a las IAMC” (MSP, 2005, p. 155). El texto informa que, si bien la disminución de pacientes “asilados” se dio rápidamente en los 90, en el 2000 se desaceleró y quedó en una cifra constante, lo cual les preocupaba. Suma a las problemáticas históricas pendientes, nuevas dificultades consecuencia de los cambios que el avance y la modernización trajo a la sociedad del cambio de siglo “condicionada por cambios económicos, tecnológicos y sociales” (MSP, 2005, p. 157), que afectaron las formas de relacionamiento, sumado al aumento de la violencia y al “consumo riesgoso de sustancias” (MSP, 2005, p. 157), además de eventos específicos que sucedieron como la crisis del 2002. El informe propone como prioridad la creación de un SNIS, que implique la transformación en el modelo de atención con:

la hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible; la asistencia en la comunidad; la educación del paciente y su familia; los espacios psicoterapéuticos grupales y personales; la extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de usuarios, familiares y organizaciones comunitarias; el énfasis en los derechos humanos; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue; el acceso pleno de los pacientes a la vida social; el diseño de los proyectos terapéuticos con objetivos claros, concepción integral y evaluación sistemática; la distribución concertada de los roles en los equipos de salud; el mejoramiento de los contratos de técnicos y funcionarios. Este conjunto apuntará a articularse en el Sistema Nacional Integrado de Salud. (MSP, 2005, p 156).

Arduino y Ginés (2013) destacan que este año, desde el gobierno se potenciaron distintas medidas para mejorar la calidad del entorno y dignificación de las personas internadas en las colonias, que para ese entonces eran cerca de 900. Estos autores concuerdan en que la disminución de personas asiladas a partir de las últimas décadas del siglo pasado fue producto del uso de psicofármacos, así como nuevas formas en la percepción y trato hacia las y “los enfermos mentales” (p. 64), y la expansión de la cobertura psiquiátrica hacia varios departamentos del país.

### **3.3 Avances, planes y proyectos**

En el 2005 comienza la tercera etapa del período “de olvido del loco” planteada por Baroni (2016). En esta los procesos participativos cobran protagonismo, aparecen proyectos para brindar alternativas a las “lógicas persistentes de abandono y olvido”, o buscar soluciones a los problemas de “inserción social y laboral de las personas con padecimiento psíquico” (Baroni, 2016, El proceso uruguayo, parr. 10). Durante este período se crea Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) (Baroni, 2016), que tendrá repercusión directa sobre los temas de salud mental.

En el 2007 la CATP comienza con la composición del Anteproyecto de Ley en Salud Mental (Baroni, 2015), promovido por “diferentes colectivos: usuarios y sus familiares, gremios y profesionales de diferentes disciplinas” (Techera y Apud, 2013, p. 34). Se produjo un avance significativo en el reconocimiento de la relevancia de la salud mental y sus formas de asistencia, lo cual quedó cristalizado en el 2007 en el desarrollo del SNIS a partir de la Ley 18.211 (Cardozo, 2014; Techera y Apud, 2013).

Esta ley determina que los organismos que conforman el SNIS deberán ofrecer a “sus usuarios los programas integrales de prestaciones” (MSP, 2009. p. 60). Dentro de los Programas Integrales de Salud existen “11 prioritarios de: 1) Niñez, 2) Mujer y Género, 3) Adolescente, 4) Adulto Mayor, 5) Salud Bucal, 6) Salud Mental, 7) Discapacidad, 8) ITS-Sida, 9) Nutrición, 10) Usuarios Problemáticos de Drogas, 11) Control de Tabaco” (MSP, 2009. p. 61).

Arduino y Ginés (2013) plantean que el SNIS “de firmes bases solidarias, humanistas y científico-técnicas” (p. 65), buscaba superar las deficiencias del antiguo sistema y brindar una atención más equitativa a todos los ciudadanos. Sin embargo, aún había aspectos inaceptables a ser superados.

En esta línea, ese año se presentó la Ley N° 18787, Prestación de Asistencia Obligatoria por Parte del Estado a las Personas en Situación de Calle, que promulga que las personas que se encuentren en situación de calle con riesgo para su vida, validado por un médico, podrán ser trasladadas a distintos lugares para su asistencia sin necesidad de tener su consentimiento, sin que esto signifique la privación de su libertad. Fue reglamentada en el 2021 por el Decreto N° 159/021 (Uruguay, 2011).

Durante esta década, la comunidad internacional siguió problematizando sobre la perspectiva de derechos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de 2008, representa el punto culmine a este respecto (De León y Techera, 2017). Techera et al. (2013) aclaran que el Uruguay incluyó a la misma en su marco normativo. Agregan que era necesario alinear la legislación sobre “libertades civiles y derechos humanos” (p. 21) con los cambios del derecho internacional. Además de implementar políticas públicas que impulsaran el acceso al trabajo para las personas que estuvieron internadas (p. 21). El regreso y participación de la vida en sociedad involucra más que los temas de salud. Existían iniciativas individuales al respecto “laborterapia, cooperativas de trabajo y vivienda, y hogares sustitutos, entre otros” (Techera y Apud, 2013, p. 33).

Continuando con los avances en la situación de la atención de la salud mental en el país, en 2011 se extiende el derecho al acceso a los servicios “psicosociales y de psicoterapia” (Ginés 2013, p. 48), mediante un decreto del Poder Ejecutivo, en el que se destaca la importancia de la misma en el SNIS (Ginés 2013), “el Plan de Prestaciones psicoterapéuticas ... implica que los prestadores de las I.A.M.C. deban a partir de septiembre/2011 comenzar a brindar obligatoriamente las atenciones planificadas” (Techera et al., 2013, p. 23).

Pese a los avances, en 2013 Techera y Apud planteaban que diferentes “informes nacionales e internacionales, evaluaciones y hasta testimonios” mostraban las dificultades del “sistema de atención a la salud mental” en el país durante el último siglo, que, sin poder distinguir una estrategia de reforma específica, mantenía las mismas carencias dentro del sistema público (p. 34).

### **3.4 La lucha**

De León y Techera (2017) plantean que el proceso de reforma del sistema de salud mental se da en el cruce entre fuerzas de poder y resistencias, en el que debaten dos visiones; una, el modelo transformador, parado en la perspectiva de derechos que coloca a la persona en el centro. La otra busca mantener el modelo vigente, y deja en el eje de atención al “trastorno y enfermedad mental” (p. 59).

Por su lado Baroni (2016) expone la importancia de generar acciones para proteger los derechos de las personas que debido a su padecimiento son internados por períodos excesivos o marginados “por su doble condición de “loco y pobre”” (Algunos logros.... Pensar, parr. 1). Formula que para esto ha sido –y es– necesario escucharlos, cuestionar la relación técnico y paciente y problematizar la construcción de ciudadanía.

Se vio la urgencia de configurar un movimiento que pudiese “articular la lucha antimanicomial con otras luchas de transformación de la sociedad” (Cano, 2013, p.

113). Cardozo (2014) sostiene que en Uruguay se desarrollaron “prácticas sustitutivas al manicomio” (p. 299) durante mucho tiempo desde sectores particulares, entre colectivos, vecinas y vecinos, producciones pequeñas, que aumentaron en cantidad y demostraron que es posible construir espacios comunitarios de apoyo sostenibles. Así como “colectivos sociales de usuarios, familiares, universitarios y militantes independientes” (Rivero Amarante, 2022, p. 73), comenzaron a trabajar para modificar el enfoque de la atención a la salud mental en los tratamientos de los grupos más vulnerables (Baroni, 2015).

En este sentido un paso fundamental fue la creación de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (AISMDVD) en 2012 (Baroni, 2016). La misma nace de la insatisfacción con la situación social que vivían “las personas con padecimientos psiquiátricos” (Cardozo, 2014, p. 304), en ella se unieron “organizaciones, agrupaciones de usuarios, familiares, trabajadores y estudiantes, sobre todo del ámbito de la psicología” (Rivero Amarante, 2022, p. 74). Exponen “Entendemos la Salud Mental desde una perspectiva integral y como un Derecho Humano fundamental e inalienable” (AISMDVD, 2013, Carta presentada en, parr. 3). Su propósito fue dar visibilidad a las situaciones en las que se vulneraban los derechos de estas personas, además de generar acciones colectivas que fomentaran la solidaridad, y lograr un cambio en la legislación (AISMDVD, 2013). Los esfuerzos realizados por el cambio parecían no ser escuchados, “La salud mental no ha sido tema priorizado en la agenda política actual ni tampoco en el presupuesto asignado” (Cardozo, 2014, p. 303).

Rivero Amarante (2022) señala que la AISMDVD se ocupó de realizar varias actividades como ser la organización de las “Marchas por Salud Mental, desmanicomialización y vida digna... encuentros antimanicomiales” (p. 74). Ocupaba un lugar prioritario lograr una nueva Ley de Salud Mental. Este autor relata que en 2015 llevaron un anteproyecto de ley al Parlamento nacional, pero no fue tenido en cuenta.

De todos modos, se pudo notar un avance gracias a la participación y expresión del pensamiento de las distintas agrupaciones que lograron generar “las condiciones para que podamos liberar la locura de la enfermedad mental” (Baroni 2016, Algunos logros..., parr. 3), y llevar al espacio público sus realidades.

De León y Techera (2017) relatan que, en esos años, por un lado, quedaron más expuestas frente a la población “las vulneraciones de derechos a personas internadas” (p. 58), y por otro, el país fue “observado por la inadecuación en salud Mental a los Pactos y Tratados ratificados” (p. 58). Asimismo, lograba tener mayor incidencia la trayectoria acumulada en la lucha por los derechos humanos de las organizaciones sociales y académicas (De León, 2022). Era obvia la necesidad de una



transformación, en un momento en el que convivían prácticas antiguas deshumanizantes con la intensidad del cambio, “la fuerza de lo nuevo y lo diferente” (Baroni, 2016, Algunos logros.... Pensar, parr. 8). Así, “En octubre de 2016 la cámara de Senadores dio su aprobación a un Proyecto de Ley de Salud Mental” (De León, y Techera, 2017, p 57).

Ese año se creó la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de Derechos Humanos (CNLSM) (Baroni 2016), conformada por más de 50 organizaciones sociales, como ser la Asamblea, y académicas como la Facultad de Psicología (De León, y Techera, 2017). Surge debido a la urgencia de que sus planteos fueran tenidos en cuenta para el Anteproyecto de Ley que había presentado el MSP, ya que previamente, no fueron escuchados (Rivero Amarante, 2022). “Esta Comisión, entiende que una Ley de Salud Mental no debe ser del Trastorno Mental, sino de las personas” (De León, y Techera, 2017, p 57). La CNLSM realizó una serie de encuentros con el fin de discutir el proyecto de ley, pero al presentar sus aportes no fueron considerados para la articulación de la misma (De León, y Techera, 2017). En 2017 se aprobó la Ley N° 19.529, Ley de Salud Mental, esta muestra similitudes con las regulaciones del PNSM de 1986 (Romano et al 2018). La Comisión emitió un comunicado en el que expresaban su desacuerdo con determinados puntos de la misma, y luego cesó sus funciones (Rivero Amarante, 2022).

El Artículo 37 de la ley de salud mental dice que “Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas” (Uruguay, 2017), e indica el 2025 como fecha para esto. Este plazo difiere con el del 2020 que estipuló la OMS (Baroni, 2018). Por otro lado, el Representante para la región del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas, expresó en junio de 2017 que lo expuesto en la ley no cumplía con varios de los parámetros establecido a nivel internacional (De León, 2022).

En resumen, la nueva Ley de Salud Mental no cumplió completamente ni con “los estándares de derechos” de los tratados internacionales que el país había firmado (De León, 2022, p. 65), ni con todo lo planteado por al CNLSM.

Plantea Baroni (2018) que la ley muestra un modelo sanitarista. La misma no supone una gran transformación ni introduce ideas innovadoras, pero fue una actualización del marco jurídico, lo que la convierte en una herramienta para el cambio.

Rivero Amarante (2022) señala que la CNLSM fue un impulso importante para que en 2019 se creara el *Frente Antimanicomial*, en el que se congregaron varios colectivos y personas para trabajar juntos en “el proceso de reforma en salud mental y de desmanicomialización en nuestro país” (p. 78). Consideran imprescindible “El

respeto y la defensa de los derechos humanos, la dignidad y el buen trato hacia los usuarios de salud mental” (p. 80). Mantuvieron una postura divergente con respecto a que la ley plantee el enfoque a través de la lente del trastorno mental, lo que perpetúa el lugar de las y los usuarios como “objeto de diagnóstico y portador de enfermedad” en lugar de “sujeto de derecho” (p. 80). Entre las inquietudes fundamentales para el *Frente Antimanicomial*, resaltan el poco interés político en generar acciones específicas para reglamentar la ley, la condición de las instituciones psiquiátricas, el enfoque de la atención, así como la clausura de “instituciones asilares y monovalentes” (Rivero Amarante, 2022, p. 79) prevista por la ley.

El modelo manicomial perpetúa la violencia en el sistema de atención a la salud mental tanto para las y los internos, como para quienes trabajan en dichos lugares (Cano, 2015). Esa violencia está arraigada al trato con la locura desde hace siglos. Para lograr un cambio real en el tratamiento a la salud mental, es imprescindible que se destinen “recursos económicos, formación y nuevas prácticas, participación de familiares, usuarios y trabajadores y cambios culturales” (De León, y Techera, 2017).

Scapusio en 2020 declaraba que a la mayor parte de las y los usuarios del sistema de salud mental se les administraban tratamientos “que solo medicalizan, patologizan” (p. 295). Si bien hubo una mejora, aún se seguía clasificando como enferma toda conducta diferente de lo normal (p. 295) y por lo tanto era medicalizada. Seguía siendo necesario cambiar los criterios que mostraron no ser eficaces por una perspectiva de derechos. “Los métodos crueles se usan para condenar al diferente... Estos métodos se han utilizado desde siempre y ahora se utilizan en una forma más sofisticada y revestida de cientificidad.” (p. 297) – seguimos hablando de la misma violencia que al principio de este trabajo, siglos atrás–. Si bien la Ley de Salud Mental exige al Estado lineamientos y responsabilidades, este autor expone que hasta ese momento se habían reglamentado menos de la mitad.

En marzo del mismo año el ministro del Interior Dr. Jorge Larrañaga expresó a *La Diaria* que “la Policía comenzará a retirar a las personas que pernoctan en la calle, en conformidad con la Ley de Faltas” (Larrañaga confirmó que, 2020, parr. 1). Frente a esto surgieron reacciones contrarias. Por ejemplo, Rivero Amarante (2022) expone que el *Frente Antimanicomial* sacó un comunicado en el que expresa que se trata de acciones represivas que vulneran los derechos y va contra lo que propone la Ley de Salud Mental, “manifiesta que de esa manera se vuelve a criminalizar y patologizar la pobreza, ocultando la responsabilidad del Estado ante las desigualdades existentes” (p. 83). Ese año se desató una pandemia que significó una emergencia a nivel mundial desde varias áreas como la salud, la económica, la laboral, y la social, con consecuencias que se viven aún hoy. Esta situación llevó al aumento de las distintas expresiones de sufrimiento cotidiano para las personas. Así lo muestra el Informe Mundial sobre Salud Mental de la OMS (2022) el que expresa que, en el primer año de

esta crisis sanitaria, se estima que “los trastornos de ansiedad y depresión” (p. 2) aumentaron más de un 25%, se calcula que, en el 2022, en el mundo una de cada ocho personas padeció “algún trastorno mental” (p. 3). En el Uruguay la situación se continuó en el tiempo, en una entrevista al diario *El País*, la vicepresidenta Beatriz Argimón declaró “un incremento de 103% en la cantidad de consultas psiquiátricas de adultos, y de 200% en las pediátricas (Argimón destaca gestión, 2023 parr. 2), así como también “creció 190% en el nivel de asistencia psicológica y 230% el de trabajo social” (Argimón destaca gestión, 2023, parr. 3), cotejando el segundo semestre del 2019 con el primer semestre del 2023.

Las medidas adoptadas para enfrentar la pandemia tuvieron un impacto muy fuerte sobre la salud mental de la población, en particular de las personas internadas. En el informe VII Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) en 2020 presenta los datos relevados durante el seguimiento que se llevó a cabo ese año en las instituciones psiquiátricas CEREMOS y el Hospital Vilardebó. En el mismo se confirmaron violaciones a los derechos humanos provocadas por esta estrategia de aislamiento en las personas, que ya sufrían las consecuencias de pasar extensos períodos institucionalizadas (INDDHH, 2021).

Entre las acciones implementadas en el Hospital Vilardebó se prohibieron “los ingresos, egresos y visitas” (INDDHH, 2020, La INDDHH y, parr. 1). También se cerró la emergencia de dicho nosocomio por lo que este servicio fue brindado por los hospitales Maciel y Pasteur, esto fue tomado como prueba de la viabilidad del cierre del Vilardebó (Rivero Amarante, 2022). A este respecto el comunicado de la INDDHH y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental del 22 de abril de 2020, plantea tomar la situación de ese momento “como una oportunidad para dar continuidad a las medidas progresivas tendientes al cierre de estas estructuras” (INDDHH, 2020, La INDDHH y, parr. 4). La estrategia adoptada para atender a las y los pacientes consistió en realizar la tarea en un contenedor, transformando al hospital “en una nueva especie de cárcel” (Scapusio, 2020, p. 297). Priorizando las medidas contra el contagio se dejó de lado que, la prohibición de socializar con la familia y amigos, así como las restricciones de los paseos, la falta de actividades o de ejercicio pueden aumentar el nivel de estrés, ansiedad y depresión (Scapusio, 2020).

Al año siguiente, el presidente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) Leonardo Cipriani, declaró a la prensa “El cierre del Vilardebó no va a ser, nosotros no vamos a cerrar el Vilardebó” (Muñoz, 2021, parr. 1) . Continuó “Uno puede decir ‘la ley’, ¿y qué hacés con 610 personas?” (Muñoz, 2021, parr. 1). Baroni (2018) aclara que para lograr el cierre de las “estructuras asilares y monovalentes” planteado por la ley, es necesario un “Plan de Cierre” con estrategias que den solución al problema habitacional generado (2025: Fecha de, parr. 1), lo cual no fue –ni es–

posible por la falta de apoyo. Según Baroni esto se debe a que la ley “se aprobó sin presupuesto” (Scelza y Pérez, 2022, La comisión que, parr. 2).

En febrero 2022 se anunció en la prensa que se elevó un proyecto de ley de internación involuntaria para personas con problemas de salud mental en situación de calle (De la intemperie, 2022). En el artículo Cunha explica que la idea es “Que la persona, involuntariamente, tenga atención sanitaria y posterior a eso acepte, voluntariamente, alguna de las propuestas del ministerio” (De la intemperie, 2022, ¿Qué agrega el, parr. 5). El psicólogo Paul Ruiz en la misma entrevista aclara que ese método se ha dejado de usar ya que no funciona, y agrega “si ante la negativa de la persona hay que reducirla o doparla, se estaría “atentando contra sus derechos”” (De la intemperie, 2022, Puerta giratoria, parr. 8).

A pesar de los esfuerzos por la desmanicomialización y la implementación de la nueva ley de salud mental, nuestro país no ha podido dejar atrás el paradigma manicomial. El estigma y miedo asociado a la locura aún se mantiene en nuestra sociedad (Duffau, 2022). De León (2022) agrega a esto que la regulación de la Ley N° 19.529 avanzó lentamente desde que fue promulgada, la adjudicación de recursos económicos no llegó a ser nunca suficiente, así como los derechos y la salud mental parecieron no llegar a la agenda pública. En su opinión la mayor dificultad para cumplir con la misma radica en lograr el:

monitoreo efectivo de vulneración de derechos, promover acciones para el cierre de hospitales monovalentes en todo el territorio nacional hacia el año 2025, fortalecimiento de la red territorial y de la participación de personas usuarias, familiares, trabajadoras y trabajadores, sector académico, sistema jurídico y de la comunidad en general, a los efectos de lograr el apoyo para la transformación social que implica el cambio de modelo de atención. (p. 65)

Entre 2021 y 2023 el MNP realizó un monitoreo de las salas de salud mental de los hospitales generales dependientes de ASSE de varios departamentos del país. En el informe No. 143, publicado en 2024, resalta las actividades llevadas a cabo en los servicios de salud mental para efectivizar el “modelo comunitario de atención” (INDDHH, 2024, p. 2) y su descentralización. Relevan que todas las salas cuentan con equipos formados por psiquiatría y enfermería, pero sólo algunas tienen personal de otras disciplinas como ser psicología, trabajo social, terapeutas ocupacionales, educadores sociales o acompañante terapéutico. Esto podría estar comprometiendo al enfoque de recuperación. También el informe narra la falta de actividades recreativas o terapéuticas y limitaciones a las visitas. Constataron irregularidades en “las hospitalizaciones involuntarias por orden judicial, se realizaron a través de la policía mediante mandato verbal del juez, sin el oficio judicial en el cual se comunica el

decreto respectivo” (p. 20). Resaltan que en varios casos se continúa la internación involuntaria incluso después de recibir el alta, para quienes no tienen recursos económicos ni una red de contención. Advierten que la falta de mecanismos alternativos y de apoyo “a las personas con discapacidad” (p. 20) dificulta la posibilidad de las mismas de salir del hospital de forma segura y cuidada, vulnerando su derecho a la autonomía.

En abril de 2024, se aprobó el proyecto de ley de internación compulsiva o involuntaria presentado en el 2022, se realizó sólo con los votos del oficialismo ya que la oposición no votó (Proyecto de internación, 2024). La historia relevada para este trabajo termina aquí, pero se seguirá escribiendo ya que no es un tema terminado. Cada vez hay más personas interesadas en lograr un cambio el sistema, de alcanzar un enfoque hacia los derechos humanos, en dar sonido a las voces silenciadas por tanto tiempo.

## Conclusiones finales

En los primeros momentos de la nación, la evolución del tratamiento de las “enfermedades mentales” en el Uruguay, por medio de un enfoque asilar buscaba el aislamiento de las personas consideradas locas o peligrosas. Así los establecimientos dedicados a su atención se convirtieron en lugares de confinamiento más que de tratamiento, a menudo marcados por condiciones inhumanas, donde los pacientes eran sometidos a prácticas que hoy se consideran inadecuadas y abusivas.

Con el avance del poder de la medicina, lo que hoy llamamos salud mental fue ganando progresivamente relevancia, lo que permitió la formación de profesionales y la creación de espacios especializados para su tratamiento. Sin embargo, mantuvo un estatus de segregación e incluso rechazo, el relacionamiento con la misma estuvo intrínsecamente relacionado con la violencia y la discriminación, no solo en los centros de atención, sino también en la sociedad en su conjunto. A medida que se desarrollaba la comprensión de lo que implica la enfermedad mental, paralelamente se consolidaba un proceso de estigmatización que ha perpetuado una actitud de miedo y prejuicios hacia quienes la padecen. Este fenómeno refleja una construcción social que ha contribuido a la marginalización de la locura. Se fue estableciendo una conexión entre pobreza y locura, locura y peligro plasmando límites difusos que justificaban su control. Responsabilidad asumida por los profesionales de la medicina, legitimada a través de instrumentos de medicalización de la vida cotidiana, que facilitaron el control social a través de clasificaciones y construcción de enfermedades.

Durante gran parte del siglo XX, prevalecieron estas estrategias de aislamiento y reclusión basadas en el modelo asilar. Aunque a partir de la segunda mitad del siglo XX, se comenzó a cuestionar esta visión.

El entramado de políticas públicas, percepciones sociales y prácticas médicas fue modificando la forma entender y tratar las enfermedades mentales. Movimientos por los derechos humanos y la reforma psiquiátrica impulsaron un cambio hacia enfoques más humanitarios e inclusivos que consideraran la dignidad de la persona. Se entendió la importancia de integrar a quienes experimentan algún tipo de problema de salud mental en la comunidad y brindar un tratamiento centrado en la persona. Comprendiendo que es necesario ampliar la mirada y pensar al campo de la salud mental de manera integral.

Si bien comenzaron algunas modificaciones, estas eventualmente se encontraron con obstáculos infranqueables al momento de conseguir un apoyo político económico real, que favoreciera una transformación efectiva del sistema de atención a la salud mental. El discurso político y la realidad parecían ir paralelos. Pero de todos modos se puede afirmar que la evolución del tratamiento de la salud mental en

Uruguay durante el siglo XX, muestra un movimiento que va desde la exclusión y el encierro hacia la inclusión y el respeto por los derechos humanos.

La historia del encierro en la salud mental en Uruguay en lo que va del siglo XXI refleja un proceso de transformación, reflexión y cuestionamiento de los paradigmas tradicionales de atención psiquiátrica. Se ha continuado con el movimiento hacia la desinstitucionalización, la desmanicomialización y la promoción de enfoques centrados en la persona. Esto implicó un reconocimiento de la importancia de la dignidad, de los derechos humanos, del apoyo de la comunidad y de la participación activa de estas personas en su propio tratamiento.

La evolución de la política pública en salud mental en Uruguay evidencia un intento de cambio de perspectiva hacia una atención centrada en la persona y no en la enfermedad. Aunque la estrategia de cerrar sin abrir, hace parecer que se intenta ahorrar en lugar de invertir. La falta de inversión económica, de recursos adecuados, de capacitación e información y la necesidad de un cambio cultural en la percepción de la salud mental siguen siendo cuestiones que siguen presentes.

El encierro no sólo silenció a las personas con problemas de salud mental, sino que las marginalizó privándolas de su dignidad y derechos. La estigmatización generada durante siglos ha llegado a estar naturalizada dentro de las sociedades, lo que aleja aún más a estas personas de poder ejercer su ciudadanía. Las políticas públicas, las leyes y las voluntades políticas son pocas, insuficientes. Desde los ámbitos particulares de usuarios, familiares, colectivos, facultades, militantes independientes, distintas agrupaciones están dando sonido a las voces silenciadas mediante el encierro por tantos años, siglos. Es necesario un cambio en la forma de pensar la salud mental y este se está dando gracias a estos movimientos.

Aún hoy en el país se mantiene un enfoque sanitarista y biologicista con respecto a la salud mental y se siguen aprobando leyes sin escuchar todas las voces. Pero cada vez hay más personas informadas, interesadas, y preocupadas. Esto permite que la perspectiva de derechos tome cada vez más fuerza.

## Referencias bibliográficas

- Arduino, M. y Ginés, A. (2013). Cien años de la Colonia Etchepare. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, vol. 77 (1), (pp. 59-67).
- Argimón destaca gestión en salud mental: crecen 103% las consultas siquiátricas en relación con 2019 (2023, diciembre 6). *El País*. <https://www.elpais.com.uy/informacion/politica/argimon-destaca-gestion-en-salud-mental-crecen-103-las-consultas-siquiatricas-en-relacion-con-2019>
- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (AISMD-VD). (2013). *Carta presentada en la II Asamblea Nacional de Derechos de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo*. "Trás los muros nadie vé nada". <https://asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucion-nacional-de-derechos-humanos.html>
- Baroni, C. (2015). Una historia de locos. Aportes de Radio Vilardevoz al desarrollo de la psicología en el campo de la salud mental y al proceso de desmanicomialización en el Uruguay (1997- 2012). En C. Baroni (comp.), *Salud mental, Psicología y Comunicación participativa* (pp. 171-201). [https://www.academia.edu/39743406/Salud\\_mental\\_Psicolog%C3%ADa\\_y\\_Comunicaci%C3%B3n\\_participativa](https://www.academia.edu/39743406/Salud_mental_Psicolog%C3%ADa_y_Comunicaci%C3%B3n_participativa)
- Baroni, C. (2016, julio 4). *Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante*. *Hemisferio izquierdo*. <http://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2016/07/04/Un-movimiento-contra-el-olvido-Aportes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomializaci%C3%B3n-en-el-Uruguay-de-1985-en-adelante>
- Baroni, C. (2018, marzo 28). *Para abrir hay que cerrar... Apuntes acerca de la Ley de Salud Mental*. *Zur Pueblo de Voces*. <https://zur.uy/para-abrir-hay-que-cerrar-apuntes-acerca-de-la-ley-de-salud-mental/>
- Barrán, J. (1990/2011). *Historia de La Sensibilidad en Uruguay*. I y II. Banda Oriental. <https://es.scribd.com/document/477515840/Barran-J-Historia-de-La-Sensibilidad-en-Uruguay-I-y-II>
- Basaglia, F. (2008). *La Condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Topia Editorial.
- Bielli, A. (2012). *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000)*. *Transformaciones de los saberes psicológicos*. Universidad de la República, Unidad de Comunicación, Departamento de Publicaciones. [https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/psico-01\\_bielli\\_2012-11-29-webo.pdf](https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/psico-01_bielli_2012-11-29-webo.pdf)
- Cano, A. (2013). Algunos desafíos para la desmanicomialización en el Uruguay. En N. de León (Coord.), *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la*



- salud mental* (pp. 107-124). Ediciones Levy. [https://www.academia.edu/35851379/Algunos\\_desaf%C3%ADos\\_para\\_el\\_movimiento\\_de\\_desmanicomializaci%C3%B3n\\_en\\_Uruguay](https://www.academia.edu/35851379/Algunos_desaf%C3%ADos_para_el_movimiento_de_desmanicomializaci%C3%B3n_en_Uruguay)
- Cano, A., (2015) “Notas para una genealogía del manicomio en Uruguay”. En Baroni, C. (Comp.), *Salud mental, Psicología y Comunicación Participativa*, (pp. 8-17). [https://www.academia.edu/39743406/Salud\\_mental\\_Psicolog%C3%ADa\\_y\\_Co-municaci%C3%B3n\\_participativa](https://www.academia.edu/39743406/Salud_mental_Psicolog%C3%ADa_y_Co-municaci%C3%B3n_participativa)
- Cardozo, D. (2014) ¿Hacia un movimiento por la desmanicomialización en Uruguay? En Y. Acosta, A. Casas, O. Mañán, A. Rodríguez, y V. Rossi, (Coords.), *Sujetos colectivos, Estado y capitalismo en Uruguay y América Latina Perspectivas críticas* (pp. 295-307). Trilce. [https://www.researchgate.net/publication/362609444\\_2014\\_Sujetos\\_colectivos\\_Estado\\_y\\_capitalismo](https://www.researchgate.net/publication/362609444_2014_Sujetos_colectivos_Estado_y_capitalismo)
- Cardozo, D. (2021). La economía social y solidaria en los procesos de desmanicomialización: emprendimientos de trabajo-acogida-vida. *Pampa. Revista Interuniversitaria de Estudios Territoriales* n°23. e0035, pp. 100–120. DOI: 10.14409/pampa.2021.23.e0035
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 153-163. <https://www2017.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/histpsiq-casarotti.pdf>
- Castel, R. (1977/2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Ediciones Nueva Visión.
- De León, N. (2015). Rayados estamos todos. Por una nueva ley de salud mental y vida digna. *En Dialogo*, 19, Universidad de la República, Unidad de Comunicación, Departamento de Publicaciones. [https://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2022/10/en\\_dialogo\\_19.pdf](https://www.extension.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2022/10/en_dialogo_19.pdf)
- De León, N. (2022). Escenarios y condiciones para la incorporación de derechos en los procesos de reforma en la atención a la salud mental. Una panorámica sobre Uruguay y países limítrofes. *Fronteras*, (18), 58-66. [https://www.academia.edu/86658326/Fronteras\\_18](https://www.academia.edu/86658326/Fronteras_18)
- De León, N. y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la Región. En *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (pp 55 – 72). PSICOLIBROS
- De la intemperie al hospital: así es el polémico plan para internar de forma compulsiva a los adictos” (2022, febrero 27). *El País* <https://psico.edu.uy/presencias-en-medios/de-la-intemperie-al-hospital-asi-es-el-polemico-plan-para-internar-de-forma>
- 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 / PSY CULTURES*, 1, (pp. 108-125). <https://www.acade>

- [mia.edu/22334410/El tratamiento de la locura en la obra de Jos%C3%A9 Pedro Barr%C3%A1n a trav%C3%A9s del an%C3%A1lisis de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos](https://www.academia.edu/22334410/El_tratamiento_de_la_locura_en_la_obra_de_Jos%C3%A9_Pedro_Barr%C3%A1n_a_trav%C3%A9s_del_an%C3%A1lisis_de_Medicina_y_sociedad_en_el_Uruguay_del_Novecientos)
- Duffau, N. (2015). Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1910), de la Colonia de Alienados al Hospital Vilardebó: etapas de una evolución conflictiva. *Revista Cultura Ps [Internet]*, (5), (pp. 40-69). [https://www.academia.edu/22305140/Saberes\\_y\\_pr%C3%A1cticas\\_de\\_la\\_Psiquiatr%C3%ADa\\_en\\_Uruguay\\_1860\\_1911\\_de\\_la\\_Colonia\\_de\\_Alienados\\_al\\_Hospital\\_Vilardeb%C3%B3\\_Etapas\\_de\\_una\\_evoluci%C3%B3n\\_conflictiva\\_en\\_Culturas\\_Psi\\_Psy\\_Cultures\\_Buenos\\_Aires\\_n\\_5\\_pp\\_40\\_69](https://www.academia.edu/22305140/Saberes_y_pr%C3%A1cticas_de_la_Psiquiatr%C3%ADa_en_Uruguay_1860_1911_de_la_Colonia_de_Alienados_al_Hospital_Vilardeb%C3%B3_Etapas_de_una_evoluci%C3%B3n_conflictiva_en_Culturas_Psi_Psy_Cultures_Buenos_Aires_n_5_pp_40_69)
- Duffau, N. (2022). El “gran encierro” en Uruguay. Del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó, 1860-195. (pp. 239-274). *Históricas Digital. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas*. [https://www.academia.edu/95988283/El\\_gran\\_encierro\\_en\\_Uruguay\\_Del\\_Asilo\\_de\\_Dementes\\_al\\_Hospital\\_Vilardeb%C3%B3\\_1860\\_195](https://www.academia.edu/95988283/El_gran_encierro_en_Uruguay_Del_Asilo_de_Dementes_al_Hospital_Vilardeb%C3%B3_1860_195)
- Ginés, A., Porciúncula, H. y Arduino, M (2005). El Plan de Salud Mental veinte años después. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (2), 129-150. [http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03\\_1\\_asm.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf)
- Ginés, A., (2013) Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud. En N. de León (Coord.), *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 37-50). Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud\\_mental\\_en-debate.-pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud_mental_en-debate.-pdf)
- Goffman, E. (1961/2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1961). <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffmaninternados.pdf>
- Gorlero Bacigalupi, R. (1988). El Hospital de Caridad de Montevideo Primera Época (1788-1825). En H. Gutiérrez Blanco (Autor), *Médicos uruguayos ejemplares. Tomo II*. [https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares\\_ii/](https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/)
- Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187. doi: 10.4321/S0211-57352017000100010
- Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2020, abril 22). *La INDDHH y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental proponen avanzar hacia el cierre definitivo*. <https://www.gub.uy/>

- [institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/inddhh-comision-nacional-contralor-atencion-salud-mental-proponen-avanzar](https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/inddhh-comision-nacional-contralor-atencion-salud-mental-proponen-avanzar)
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH), (2021, julio 2). VII Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes - Uruguay 2020 (VII). <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/vii-informe-anual-del-mecanismo-nacional-prevencion-tortura-mnp-2020>
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDDHH), (2024, marzo 19). Monitoreo de las salas de salud mental en hospitales generales de ASSE. Análisis desde la perspectiva de la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Informe N° 143. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-n-143-mnp-sm2024-monitoreo-salas-salud-mental-hospitales>
- Proyecto de internación involuntaria se aprobó en comisión de Diputados sin los votos del Frente Amplio. (2024, abril 17). *La Diaria*. <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2024/4/proyecto-de-internacion-involuntaria-se-aprobo-en-comision-de-diputados-sin-los-votos-del-frente-amplio/>
- Larrañaga confirmó que la Policía retirará a las personas que duermen en las calles, (2020, marzo 5). *La Diaria*. <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2020/3/larrañaga-confirmando-que-la-policia-retirara-a-las-personas-que-duermen-en-las-calles/>
- Martínez Dibarboure, F. (2020). 140 años de historia del Hospital Vilardebó. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 15 (2). <https://doi.org/10.33517/rue2020v15n2a6>
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental. (2005). Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. *Rev Psiquiatr Urug* 2005;69 (2):155-160. [http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03\\_3\\_asm.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_3_asm.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009*. [https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_la\\_construccion.pdf](https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf)
- Muñoz, A. (2021, mayo 14). Frente Antimanicomial y presidente de Comisión de Contralor piden que se cumpla la Ley de Salud Mental. *La Diaria*. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2021/5/frente-antimanicomial-y-presidente-de-comision-de-contralor-piden-que-se-cumpla-la-ley-de-salud-mental/>
- Ottoneilli, F. J. (2013). Marco Jurídico: Salud Mental y Derechos Humanos. En N. de León (coord.), *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 59-70). Comisión Sectorial de Investigación Científica

- (CSIC) de la Universidad de la República. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/js-pui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud\\_mental\\_en-debate.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/js-pui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud_mental_en-debate.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1991, diciembre 17), *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978, setiembre 12). *Declaración de Alma-Ata*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022, junio 16). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Rivero Amarante, M. M. (2022). La Causa de los Locos No Admite Menor Demora: Aportes del Frente Antimanicomial al Proceso de Desmanicomialización en Uruguay. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 20 (48), pp. 67-107. <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/pdf/REPP-A20-N48-Art04.pdf>
- Romano Fuzul S, Porteiro M. F., Novoa M. G., López Mesa G., Barrios M. C., García Rampa M., García Trovero, M. (2018) Atención a la salud mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay Vol. 82* (1): 22-42.
- Scapusio, M. (2020). Dignificar la vida. Cuando las organizaciones reclaman el cambio de paradigma de atención en salud mental. En *Serpaj Derechos humanos en Uruguay. Informe 2020*. (pp 294-299). <https://sitiosdememoria.uy/sites/default/files/publicaciones-completas/2021-02/derechos-humanos-en-el-uruguay-2020.pdf>
- Scelza, B. y Pérez, F. (2022, junio 22). Ley de Salud Mental en Uruguay: cinco años sin presupuesto. *La Diaria*. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/6/ley-de-salud-mental-en-uruguay-cinco-anos-sin-presupuesto/>
- Soiza Larrosa, A. (1983). Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay: 1788-1907. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 48: 1-18. <https://www.suhm.uy/wp/wp-content/uploads/2018/09/ESBOZO-HIST%C3%93RICO-SOBRE-LA-PSIQUIATR%C3%8DA-Y-SUS-SS-HH-EN-URUGUAY.pdf>
- Soiza Larrosa, A. (1988). El Hospital de Caridad de Montevideo Primera Época (1788-1825). En H. Gutiérrez Blanco (Autor), *Médicos uruguayos ejemplares: Tomo II*. (pp. 477-493). [https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares\\_ii/](https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/)

- Stolkiner, A. (2013) Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Comp.) Capítulo libro en prensa. Psicolibros. [http://www.-trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner\\_2013\\_medicalizacin\\_de\\_la\\_vida\\_sufrimiento\\_subjetiv\\_2014.pdf](http://www.-trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf)
- Techera, A. Apud, I. y Borges, C. (2009). La sociedad del olvido: un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en el Uruguay. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República. 10.13140/2.1.1347.4242
- Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., Martínez Messina, L., Miniño, A. y Sánchez, C. (2013) Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. En N. de León, (Coord.), *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 15-24). Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud\\_mental\\_en-debate.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud_mental_en-debate.pdf)
- Techera, A. y Apud, I. (2013). Políticas de Salud Mental en Uruguay. En N. de León (Coord.), *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 25-36). Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República. [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud\\_mental\\_en-debate.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud_mental_en-debate.pdf)
- Uruguay (2011, agosto 2). Ley N° 18787. Prestación de Asistencia Obligatoria por Parte del Estado a las Personas en Situación de Calle. <https://impo.com.uy/bases/leyes/18787-2011>
- Uruguay (2017, setiembre 19). Ley N° 19.529: Ley de salud mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Vomero, F. (2018). Revisión actualizada del primer informe del manicomio y la locura en Uruguay, 1884, de Andrés Crovetto. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruae/v3n2/2393-6886-ruae-3-02-43.pdf>