

Historia

La Colonia de Asistencia Psiquiátrica “Dr. Bernardo Etchepare” cumple 90 años el 12 de diciembre de 2002.

A 70 kilómetros de Montevideo y próxima a la ciudad de Santa Lucía, ocupa una extensión de 372 hectáreas. En su desarrollo de casi un siglo se constituyó en uno de los componentes más notorios del sistema asilar nacional. En efecto, junto al Hospital Vilardebó llegaron a albergar en el entorno de 5.000 personas hacia la mitad del reciente siglo, con una tasa de 18 pacientes por 10.000 habitantes, de las más altas del mundo.

Fundada el 12 de diciembre de 1912 bajo la presidencia de don José Batlle y Ordóñez, su apertura fue una medida de “salvataje” ante la superpoblación del Manicomio Nacional (denominado luego Hospital Vilardebó), que, inaugurado en 1880 para 700 camas, llegaba a la cifra de 1.500 pacientes (14 pacientes por 10.000 habitantes) en el año 1910.

Durante algunos años la cifra anual de ingresos a la Colonia fue de alrededor de 350 personas. Hasta el año 1921, en que comienzan a ingresar mujeres, eran sólo hombres los internados. Al comienzo la enorme mayoría provenía del Hospital Vilardebó. El traslado de pacientes desde todos los rincones del país –con bajas tasas de egreso y sin estructuras sanitarias ni sociales de sostén en sus lugares de origen– provocó la concentración masiva de personas con un trayecto, en general, sin retorno, cuya primera estación de algunos años era el Hospital Vilardebó y su destino final la Colonia. Más adelante comenzaron a ser enviados directamente a ella, desde todos los departamentos, hasta 100 pacientes en un mismo día que eran recogidos al paso del tren en las distintas localidades y en días previamente acordados. La carencia de asistencia psiquiátrica en el interior del país

era la causa de estos traslados. Así nació y se consolidó la etapa custodial y asilar de la psiquiatría nacional.

Es de destacar que no todas las personas derivadas a la Colonia padecían trastornos psiquiátricos. Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de “vagabundo” y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder “hacerse cargo de sus cuidados” constituían un alto porcentaje. Las edades más frecuentes al ingreso oscilaban entre los veinte y los cuarenta años. En la década del cincuenta se abren dos pabellones de niños que fueron cerrados luego de un convenio con el Cotelengo Don Orione hace más de quince años.

En sus comienzos, y siguiendo la composición poblacional del país, la Colonia albergó por partes iguales a orientales y extranjeros de distintas nacionalidades. Las corrientes inmigratorias, las dos guerras mundiales, la Revolución Rusa y la Guerra Civil Española se ven reflejadas en la nacionalidad de los pacientes ingresados. No poca importancia deben haber tenido el desarraigo, la diversidad cultural y lingüística y las complicaciones psicosociales de aquellas condiciones de éxodo.

En esas primeras décadas del siglo XX, los diagnósticos más frecuentes eran psicosis crónica y oligofrenia; pero un muy alto porcentaje de los ingresos consignaba: “incontinencia familiar”, “alcoholismo crónico”, “epilepsia”, “parálisis general”, “encefalitis” y “traumatismo encéfalo craneano”. Problemáticas de diversa índole se reunían, así, sin diferenciación y al margen de criterios psiquiátricos. De las personas afectadas por trastornos mentales se destacan los diagnósticos firmados, entre otros, por Bernardo Etchepare (1869-1925) y Santín Carlos Rossi (1884-1936) –que en forma sucesiva fueron los primeros Profesores de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de

Autores

Margarita Arduino

Directora de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica “Dr. Bernardo Etchepare”.

Ángel Ginés

Profesor Director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

Medicina–, en los que predominan, acorde con la nomenclatura de la época, la demencia precoz y la locura circular. Isidro Más de Ayala (1899-1960), destacado médico psiquiatra, narrador y ensayista, señala en 1937 que de los dos mil quinientos pacientes asilados en la Colonia sólo el 20% correspondía al diagnóstico de esquizofrenia, cifra que da una pauta de la gran variedad de los motivos de internación.

El número anual de muertes era muy elevado. A modo de ejemplo, en el año 1932 el número de fallecimientos fue de más de trescientos pacientes, igualando prácticamente al número de ingresos. Las causas de muerte más frecuentes eran la tuberculosis, la parálisis general y la llamada caquexia psicopática, que sugiere el infeliz marasmo final de algunos de aquellos asilados.

En el año 1927 el Dr. Francisco Garmendia, Director a la sazón de la Colonia Etchepare, en su trabajo “Asistencia de los Alienados en la Colonia” hace una clara distinción entre lo que denomina el Asilo y por otra parte, la Colonia. El Asilo era un sector para pacientes “agitados y peligrosos” que comprendía pabellones de “vigilancia y observación”. A la Colonia, de ideal bucólico, la describe evocando las palabras de Ferrus (1839) como “Un lugar cuyo aspecto sería el de una hacienda, cuyos trabajos serían los de los campos y cuya vida sería la de una tranquila aldea”.

Garmendia afirma que los pabellones debían estar lo más alejados posible unos de otros, ya que cada uno debería tener su propia organización material y sobre todo moral, y funcionar en forma independiente. Esto nos permite entender la disposición actual de los pabellones en la Colonia separados por enormes distancias. Sostiene, además, que sólo el 30% de los pacientes debería estar en el Asilo y 70% podría estar en la Colonia con total libertad de deambulación.

La idea de que la Colonia fuera productiva en el rubro agrícola y autoabasteciera sus necesidades era un punto considerado fundamental.

“No sería conveniente que el número de internados superara los 1.200”, escribía Garmendia en su trabajo, a sólo quince años de la apertura de la Colonia. Lejos estaba de imaginar

que en la década del cincuenta, abierta ya la vecina Colonia “Dr. Santín Carlos Rossi” de características locativas totalmente distintas –diez pabellones de dos plantas con capacidad para cien pacientes cada uno en un predio de sólo treinta hectáreas– se llegaría a sumar entre ambas Colonias una cifra cercana a los cuatro mil pacientes.

En la misma época del comentario de Garmendia (1927), el Dr. Bernardo Etchepare escribía: “Si tanto se ha clamado contra el manicomio, si hasta se ha señalado en Inglaterra por Batty Tuke la demencia producida por el manicomio, no sólo por angustia de local sino también por el ambiente demasiado peculiar del medio, sentiríamos que por razones económicas deban ubicarse hasta dos mil pacientes en pabellones de ochenta. Por dilatada que sea la región de la Colonia, no lo será nunca bastante para esfumar horizontes inclementes, hechos más visibles aún por la homogeneidad tanto más triste cuanto más grande del ambiente”.

En el año 1937 el Dr. Isidro Más de Ayala, Director entonces de la Colonia Etchepare, escribía: “La Colonia ha sido construida en villas separadas según el modelo de la Colonia de Alt-Scherbitz de Alemania, con los caracteres de hospital y de colonia, consta de 28 pabellones para hombres y de 10 para mujeres”. Tenía a su cargo 2.400 pacientes de los cuales 2.000 estaban en el establecimiento y 400 en el sistema de asistencia familiar, en hogares de los pueblos vecinos (este programa de asistencia familiar sigue funcionando hoy, aunque, por supuesto, con variantes desde el punto de vista técnico).

En esa época el personal técnico de la Colonia estaba constituido por el director, cuatro médicos internos, un odontólogo, un químico y un asistente social. Este equipo estaba a cargo de toda la actividad del hospital apoyado por un plantel de enfermeros y “vigilantes” que eran instruidos y formados en su tarea por los propios médicos. Era, sin lugar a dudas, una institución custodial de la psiquiatría.

Durante la Dirección del Dr. Más de Ayala, los tratamientos disponibles en psiquiatría eran el fenobarbital, la psicocirugía y la insulino terapia. La hidroterapia era de aplicación frecuente, sumergiéndose al paciente en piletones de agua fría para calmar su agitación.

Más de Ayala realizó en la Colonia Etchepare su “Estudio Clínico sobre la fiebre recurrente española” para el tratamiento de los pacientes psiquiátricos, estudio que realizó en 230 pacientes y que mereció el premio Soca de la Facultad de Medicina en el año 1930.

Fue en la Colonia Etchepare donde se realizó el primer coma insulínico para el tratamiento de la esquizofrenia en nuestro país en el año 1937. La impaludación terapéutica para el tratamiento de la parálisis general fue aplicada a varios cientos de pacientes.

En esa época Más de Ayala escribe “La terapéutica por el trabajo”. Afirma allí: “...Ya nadie discute los perjuicios que tiene la inactividad para el enfermo mental, puesto que el ocio le permite destinar todo su tiempo y todas sus energías a la meditación de su delirio, sus obsesiones, sus alucinaciones, creciendo de esta forma su enfermedad y alejándose cada vez más de una posible mejoría. El trabajo impide que su psiquismo se sumerja cada vez más en la enfermedad. Adquiere hábitos de orden y recupera la maleabilidad perdida.” La Colonia contaba para ese entonces con múltiples talleres, huertas, jardines y cultivos. Más de Ayala concluía: “La diversidad de los trabajos se asemeja a lo que es en la medicina general la variedad de los productos quimio terapéuticos.”

Refiriéndose a la Asistencia familiar indicaba: “La última etapa es la del egreso a hogares de familia próximos a la Colonia. Esto le ofrece al enfermo una vida más rica en estímulos y más individualizada que el hospicio. Su vida se acercará lo más posible a una vida normal.”

Hoy compartimos plenamente este último concepto y es en esa búsqueda del egreso de los pacientes de la Colonia donde se concentran nuestros mayores esfuerzos.

En 1966 Pierre Chanoit, consultor de OPS/OMS, invitado por el Ministerio de Salud Pública, realiza un memorable “Informe sobre Salud Mental en Uruguay”, con propuestas de transformación que constituyen un referente permanente hacia los cambios en asistencia psiquiátrica y salud mental por las que transitaremos recién veinte años después. En ese informe queda estampado el siguiente testimonio sobre la Colonia: “Su capacidad teórica

ha sido fijada por el Ministerio en 3.155 camas, 420 de ellas reservadas para los enfermos mentales tuberculosos. Visitamos dos pabellones de mujeres a cargo de un Jefe de servicio. El pabellón «A» tiene dos plantas y se compone de grandes salas con instalaciones para dormitorios, comedores, salas de estar. Una de ellas se utiliza para actividades socioterapéuticas y sirve a pacientes de ambos sexos, que nos pareció ser una de las pocas empresas terapéuticas organizadas. El pabellón «B», por el contrario, idéntico por su plan arquitectónico pero menos bien dotado de personal, produce cierta impresión de abandono confirmado por la deterioración del edificio y la desocupación de los pacientes. También visitamos un pabellón para varones que se encontraba en un estado de deterioro alarmante, los pisos de las salas se hunden, las ventanas están arrancadas y a veces obturadas con ladrillos; no hay ropa de cama y las instalaciones higiénicas son prácticamente inexistentes.” En los inteligentes y transparentes “Comentarios” de su informe, Chanoit dice: “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. Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido.”

En 1984 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay presenta el trascendente documento (elaborado por su Comisión de Salud) “Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio”, que será uno de los pilares conceptuales en la formulación del Programa Nacional de Salud Mental de 1986. En el análisis referido a la Colonia Etchepare señala que alberga 2.400 pacientes (1.300 de ellos en la vecina Colonia Santín

Carlos Rossi). La relación técnico/paciente es de un psiquiatra cada 100 pacientes, una nurse cada 153 pacientes; en cambio, reporta un administrativo cada 21 pacientes y un funcionario de mantenimiento y vigilancia cada 11 pacientes. El tiempo disponible de asistencia técnica es de 6 minutos de psiquiatra, 3 minutos de nurse y 4,8 minutos de psicólogo por semana y por paciente. El promedio de estadía es de 520 días. Concurren a los talleres de rehabilitación 150 pacientes, esto es, el 6,25% de la población internada. En relación con la Colonia el documento concluye: “Con el 78% de las camas psiquiátricas del país, su alto índice cronicidad, su alto costo operativo y la muy baja relación técnico/paciente, la Colonia Etchepare constituye una estructura asilar, custodial.”

La actualidad institucional

Hoy, la Colonia Etchepare alberga un total de 476 personas, de las cuales 376 son hombres y 100 son mujeres, correspondiendo al 75% y 15% de la población, respectivamente. En la Colonia Santín Carlos Rossi están internados un total de 479 pacientes, de los cuales 218 son hombres (45,5%) y 261 mujeres (54,4%); habida cuenta de que el Hospital Vilardebó solo asiste complicaciones agudas, el remanente asilar en el sector público es hoy algo inferior a los mil pacientes. Asiste, además, 120 pacientes deshospitalizados, 75 en el programa de asistencia familiar y 45 en el programa de hogares sustitutos; los equipos de estos programas están integrados por médico psiquiatra, psicólogo y asistente social, que siguen la evolución de los pacientes, en su nueva forma de vida, mediante visitas periódicas.

El perfil de los trastornos psiquiátricos de la población internada es el siguiente: psicosis crónicas (59%), retardo mental (30%), trastornos de personalidad (5%), alcoholismo (4%).

La Institución cuenta con once pabellones para pacientes crónicos (los ingresos de pacientes agudos se cerraron hace más de un año) y un hospital general con una dotación de treinta camas que atiende la demanda de las poblaciones cercanas (Santa Lucía, Ituzaingó, 25 de Agosto, Pueblo Nuevo, Moré),

lo que constituye un área de influencia de unos treinta mil habitantes.

Coexisten así, en la misma institución, un hospital psiquiátrico para pacientes crónicos y un hospital general. Existe, asimismo, un servicio de policlínicas que asiste prácticamente todas las especialidades. El laboratorio y el servicio de radiología atienden, además de la necesidad de ambas Colonias, toda la demanda externa de usuarios del Ministerio de Salud Pública de la zona.

Funciona dentro de la Institución una escuela Primaria con maestras especializadas y una dependencia de la Universidad del Trabajo del Uruguay donde se realizan tareas de carpintería, cestería, cocina, cerámica y plástica bajo la supervisión de docentes en cada área.

La obra pictórica de Cabrerita –nombre popular del reconocido pintor nacional Raúl Cabrera Alemán (1919-1992), que gustaba firmar Javiel Cabrera, internado durante décadas en la Colonia– fue realizada en gran parte en esos talleres y allí están en exposición permanente muchas de sus pinturas, así como las de otros artistas, algunos de los cuales aún viven en la Colonia.

El Departamento de Rehabilitación, dirigido por un médico psiquiatra, apunta fundamentalmente al retorno de los pacientes a la comunidad, participando de distintas actividades, funciones de cine, eventos deportivos, exposiciones de sus trabajos de plástica y artesanía, entre otras. El mutuo acercamiento entre los pacientes y la comunidad es factor fundamental en el proceso de deshospitalización y tal vez uno de los mayores desafíos.

Las 372 hectáreas que conforman el predio de la Colonia, que como hemos visto fueron consideradas en su momento una ventaja terapéutica al permitir realizar actividades de quinta, jardinería, etc., constituyen hoy, en múltiples aspectos, una enorme complicación en el funcionamiento de la institución. Buen ejemplo es relatar que el camión de reparto para los distintos pabellones debe recorrer cuatro kilómetros cada vez que distribuye las cuatro comidas.

Algunos servicios distan más de dos kilómetros unos de los otros y la tarea de desmalezar el predio para evitar que algunas zonas se tornen inaccesibles y en ellas puedan perderse los

pacientes menos autoválidos –situación que lamentablemente se ha producido con la consiguiente y justificada conmoción pública– es una preocupación constante.

La dotación de personal es de 481 funcionarios que se reparten en las áreas de enfermería, mantenimiento, talleres, servicios técnicos y administrativos. Veintiún médicos psiquiatras, veintidós médicos generales, seis nurses, cinco asistentes sociales y cinco psicólogas constituyen el equipo técnico.

El pensamiento actual con relación a las instituciones asilares

Las cerca de mil personas actualmente internadas en las Colonias Etchepare y San-tín Carlos Rossi conviven en condiciones que consideramos anacrónicas con relación a las aspiraciones de nuestra sociedad y de la psiquiatría nacional, y en contradicción con las tendencias contemporáneas de la psiquiatría internacional.

Países del mundo con gran proximidad cultural al nuestro, como España e Italia, muestran ejemplares desarrollos en el camino de la superación de la etapa custodial y asilar.

En nuestro país se ha producido una reducción sostenida y progresiva del asilo mental en la segunda mitad del reciente siglo, hasta este remanente de mil personas; esta cifra corresponde a una tasa 3 pacientes por 10.000 habitantes, es decir, que la tasa ha regresado a una cifra inferior a la del “Asilo de Dementes” (1860-1879) que funcionara en la quinta de don Miguel Vilardebó y que constituyó la primera concentración significativa de enfermos mentales y el comienzo de la etapa custodial y asilar (con una tasa de 6 pacientes por 10.000 habitantes).

En la reducción nacional del asilo mental no se emplearon medidas normativas obligatorias –que en algunos países, como Estados Unidos, por ejemplo, sumieron a muchos pacientes en un nuevo y penoso desamparo–, principalmente porque esas medidas no fueron acompañadas del despliegue de servicios comunitarios o estos colapsaron por restricciones a esos programas. Creemos que los logros obtenidos en nuestro país fueron el resultado convergente de la

efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con procesos psicosociales, los cambios de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales y el bloqueo progresivo de la emigración forzada hacia el Hospital Vilardebó y las Colonias por el despliegue de la asistencia psiquiátrica a todo el país. El desarrollo de la psiquiatría en los diversos departamentos constituye uno de los cambios más trascendentes del último tiempo y abrirá, seguramente, una nueva etapa de estrategia comunitaria en psiquiatría y salud mental.

La superación de la asistencia custodial y asilar desborda lo que pudiera parecer un problema de la psiquiatría o de la salud pública en general. Es una meta de maduración cultural y de valoración humanística de la vida social.

Segregado y expulsado del seno familiar y de su comunidad, aislado e incomunicado, ese ser humano comienza a padecer lo que ya a comienzos del siglo XX, como hemos señalado, se reconocía como la “demencia producida por el manicomio” y que hoy en nuestro medio denominamos sobrealienación de los pacientes en las instituciones asilares, refiriéndonos a las múltiples pérdidas que el paciente internado sufre en cuanto a sus hábitos y por obra de la interrupción de las interacciones sociales que las condiciones de aislamiento produce.

El ser humano tiene derecho a un hogar en el más amplio sentido del término. Donde los ritmos de su existencia sean conducidos por las necesidades y aspiraciones del individuo y no por las exigencias de una organización burocrática. Decidir la hora de comer, el momento de acostarse, poder cerrar la puerta del baño, tener asegurado el libre empleo de sus pertenencias, recibir a sus prójimos, compartir los espacios colectivos, son para cualquier persona hechos tan naturales que ni siquiera se repara en ellos.

“Más importante que lo que se nos da es lo que se nos quita”, decía Carl Rogers refiriéndose a los vínculos interpersonales. Bien podemos aplicarlo al tema que nos ocupa si pensamos que este tipo de instituciones empobrece día a día a sus internados quitándoles desde su intimidad a sus habilidades básicas.

Hoy todos nuestros esfuerzos apuntan a la deshospitalización y a las actividades de

rehabilitación que se desarrollan fuera de la institución.

La consolidación y el desarrollo de los cambios

En 1986, tras décadas de iniciativas frustradas y en plena apertura democrática, un movimiento en salud mental de amplia participación concibe el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) que, aprobado por el Ministerio de Salud Pública, se convierte en política de Estado. Su desarrollo tuvo progresos e involuciones, pero hoy se comprueban transformaciones notables que constituyen fuertes pilares para avanzar en la construcción del nuevo modelo de atención en psiquiatría y salud mental.

Tres direcciones principales se han abierto: la primera consiste en la Atención Primaria en Salud, operando con la comunidad, como la estrategia principal; la segunda dirección consistió en la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera dirección apuntó a los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y la reestructura del Hospital Psiquiátrico y las Colonias de Alienados. La vitalidad de estos cambios tuvo su principal expresión en el sector público de la asistencia (que cubre casi la mitad de la población), pero no logró movilizar aún al sector de la asistencia médica colectivizada (que cubre la otra mitad).

Estos cambios de mentalidad y la puesta en marcha de una política en salud mental establecida en amplios consensos, convergen con un desarrollo científico que desde la medicina y las neurociencias, la psicoterapia y los procedimientos psicosociales aporta diseños asistenciales, modelos de investigación y programas terapéuticos integrales relevantes.

Los notorios avances en la asistencia de las personas con trastornos mentales desde el PNSM de 1986, indican que los objetivos estratégicos apuntaron en rumbo acertado y que las propuestas eran viables. Corresponde, pues, fortalecer y desarrollar los instrumentos que han resultado eficaces para consolidar y acelerar las transformaciones, mejorar la

calidad humana y técnica de los servicios y su eficiencia operativa. Algunos eslabones del sistema merecen ser destacados hacia el futuro.

La hospitalización de pacientes en los trastornos episódicos.

El número de camas estimadas (sumadas las del sector público y privado) para la internación episódica es de alrededor de 600, es decir, cerca de 2 camas por 10.000 habitantes. Cifra apropiada y que incluso podría abatirse; seguramente el desarrollo de las estructuras asistenciales comunitarias podrá medirse en el descenso de este indicador, baste señalar que el Hospital Vilardebó (con el mayor volumen de internación episódica) tiene un reingreso del 50% anual, que la asistencia integral pos alta –con los recursos de que hoy disponemos– debería reducir notablemente. La distribución nacional de camas en los hospitales generales avanzó ampliamente pero debe completarse; en Montevideo, la ejemplar experiencia de la sala del Hospital Maciel debe extenderse al Hospital de Clínicas y al Hospital Pasteur. La internación en hospitales generales no sólo resuelve al mejor nivel los episodios críticos sino que promueve la integración de los servicios médicos y la calidad en la formación de los recursos humanos en salud. Para que cumpla en plenitud esos objetivos debe ser un servicio de puertas abiertas, como cualquier otra sala hospitalaria; pero como un cierto porcentaje de pacientes –aun con los recursos terapéuticos que hoy tenemos– exige medidas especiales de seguridad, somos partidarios de perfeccionar el Hospital Psiquiátrico (Vilardebó) como centro de resguardo para esas situaciones –a diferencia de otros modelos internacionales que lo han suprimido–. El Hospital Vilardebó muestra en los últimos años un estilo de actividad inédito, con mejoramiento de la calidad asistencial e incremento de sus recursos asistenciales: programa de Asistencia en Crisis con intervención en el hogar del paciente, salas de emergencia, reducción del tiempo de internación, Centro (Hospital) Diurno, reducción casi completa de pacientes asilares, incremento de la ductilidad y la integración de recursos terapéuticos en la asistencia de los pacientes ambulatorios, educación de los pacientes, sus familiares y el personal en el

trato con los trastornos mentales, Comité de Ética Hospitalario. Se están creado las condiciones para hacer de este Hospital un *Centro de Salud abierto a la comunidad* que supere la mácula que en el imaginario colectivo ha significado como “lugar de encierro de la locura” y se constituya en un benéfico puntal no solo para la salud mental sino para la salud en general.

Los Centros de Salud en la comunidad. A partir de 1996, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) desplegó once Equipos de Salud Mental en los Centros comunitarios de Montevideo y veintidós Equipos en los demás departamentos del país. Debe sumarse a ellos el programa universitario APEX en la zona del Cerro y los Centros de la Intendencia Municipal de Montevideo. También deben considerarse las potencialidades de los Centros periféricos de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Todo el conjunto supone un importante dispositivo comunitario para desarrollar la estrategia cardinal del PNSM. *Estos Centros deben transformarse progresivamente en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental.*

Los Centros Diurnos. Es opinión de consenso en los ambientes técnicos y ciudadanos del PNSM que este es un instrumento que está muy rezagado y que constituye una pieza operativa fundamental para disminuir la presión de hospitalización, facilitar la actividad de los Centros comunitarios, mejorar la socialización de los pacientes y asegurar una mejor calidad de funcionamiento de las familias que mantienen a los pacientes en sus hogares. Desarrollan actividades múltiples dirigidas al sostén grupal de los pacientes en la comunidad, la rehabilitación y promoción de sus habilidades y el mejoramiento de sus desempeños sociales; los pacientes pueden concurrir en horarios variados en función de la situación personal y familiar de los usuarios, durante un período que les habilite una mayor autonomía y actividad social. El déficit de estos centros es cuantitativo; desde hace una década se han consolidado varios de ellos que funcionan con un alto nivel de calidad y rendimiento: Departamento de Rehabilitación

del Hospital Vilardebó, Centro Sayago, Centro Psicossocial Sur-Palermo, CIPRES-Plaza Zabala –en Montevideo– y múltiples centros en otros departamentos (incluidas las Colonias). Sobre esa excelente experiencia acumulada, entendemos viable incrementar progresivamente su número, estimulando la participación de las IAMC y de las instituciones vecinales (de tipo social, deportivo, cultural, religioso, etc.) y preparando a los equipos en los Centros funcionantes.

El Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica ha sido el primero en brindar una asistencia diurna de este tipo en el país.

Los Albergues Comunitarios Permanentes y las Residencias Supervisadas. Para atender a la desconcentración del remanente asilar de la Colonia y a la incidencia permanente de cierto porcentaje de pacientes que evolucionan con grave daño en su autonomía –aun con los actuales recursos terapéuticos– debe preverse el desarrollo de Albergues Comunitarios Permanentes (para no más de diez o quince personas) para el grupo de pacientes con alto daño en los que el cuidado y la recreación queden asegurados en el mejor nivel de dignidad. También deben preverse para los pacientes con un mejor nivel de desempeño social, pero que por diversos motivos no conviven con sus familias, las Residencias Supervisadas. La Ordenanza 13/84 del Ministerio de Salud Pública para la Asistencia Familiar de Alienados del 2 de marzo de 1984 constituye una normativa apropiada a estos fines y en ese marco se desarrolla el Programa de Asistencia Familiar de las Colonias.

La plena incorporación de los pacientes a la actividad social. La Cooperativa Social. Una meta estratégica que podemos perder de vista en el conjunto de instrumentos incluidos en nuestro PNSM o en la propuesta de los planes terapéuticos integrales es que *el objetivo cardinal supone favorecer en los pacientes el mayor nivel de autonomía y de crecimiento hacia la vida social plena.* La variedad de estructuras asistenciales no es para retener a los pacientes en ellas, como alternativa al asilo, sino para facilitar su tránsito a la vida en la comunidad. De allí la

importancia de concebir y construir espacios, más allá de los servicios de salud, para que las personas –en el diverso nivel de competencia al que logran acceder– se incorporen a actividades creativas y laborales que aseguren su autonomía. Un camino viable de este tipo, que enseña la experiencia internacional, es la Cooperativa Social, amparada por ley y que permita que ellas operen en el mercado productivo sin desventajas, a condición de asegurar la participación de un porcentaje de cooperativistas que han obtenido distintos niveles de habilitación y rehabilitación.

El destino de las Colonias. Aun cuando las curvas epidemiológicas permiten anticipar la posibilidad de superación completa de la modalidad asilar en un plazo relativamente corto en comparación a su prolongada existencia, el remanente de pacientes asilares concentrados en las Colonias sigue siendo una deuda mayor que nuestra sociedad tiene pendiente. Los diversos instrumentos que venimos de resumir apuntan tanto a facilitar el avance de las acciones que se realizan en las propias Colonias para acelerar la desconcentración de esas personas como a asegurarles una vida digna con sostén comunitario. Pero, además, debemos tener claridad respecto de que la desaparición del sistema asilar no resuelve los problemas de la asistencia de las personas con trastornos mentales, sino que nos coloca ante el desafío de concebir, diseñar y realizar un servicio con firmes bases solidarias, humanistas, científico-técnicas que nuestra población pueda sostener. No hemos accedido aun a este nuevo servicio; estamos empeñados en su construcción. Este nuevo estado es heterogéneo y contradictorio, con claridades y oscuridades.

La comunidad

La historia social de los trastornos mentales y de la psiquiatría ha sido una historia con encierros, murallas y discriminaciones, tanto reales como simbólicas.

No es sencillo contener y proteger a personas con este tipo de trastornos y asegurarles a la vez autonomía y libertad; pero esta cuestión no está lejos del dilema existencial del hombre

enfrentado a resolver humanamente las tensiones entre la seguridad y la libertad. Empeñarnos en soluciones que superen la asistencia custodial y asilar no es sólo un desafío, es un compromiso moral y solidario.

El manicomio, antes que una estructura edilicia y una acción sanitaria inapropiada, es principalmente una mentalidad. Por tanto, no es suficiente clausurar las instituciones custodiales y asilares si no se opera un cambio de mentalidad en la comunidad toda. Los técnicos y profesionales de la salud mental deben promover estos cambios y facilitar que la sociedad se persuada –con fundamentos– de que la persona afectada por un trastorno mental es sencillamente una persona diversa, que debe recibir la mejor asistencia disponible, a la que hay que aceptar y no discriminar, a la manera en que hemos aprendido a asimilar a los portadores de tantas enfermedades médicas que provocaban rechazo y discriminación.

Más difícil que rehabilitar a los pacientes puede resultar rehabilitar a la sociedad. El paciente mental es temido, eludido y segregado. No por casualidad las Colonias están a 70 kilómetros de Montevideo. Para que los cambios sean posibles será necesario profundizar en la sensibilidad y comprensión colectivas para que la comunidad esté bien dispuesta a reintegrar a su seno a las personas afectadas por trastornos mentales.

Las asociaciones de familiares y de pacientes, y las sociales y culturales deberán multiplicar su protagonismo.

Recordamos los noventa años de la Colonia Etchepare con espíritu fuertemente autocrítico, pero también con expectativas de esperanza. En la última década y media, nuestro país ha podido avanzar en psiquiatría y salud mental sobre realidades inaceptables que permanecieron inamovibles durante un siglo. Algunas herramientas que explican estos cambios deben ser destacadas.

La cooperación entre las instituciones ha sido un factor principal; el MSP, ASSE, la Facultad de Medicina y la Universidad de la República, el Patronato del Psicópata y su Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, las sociedades científicas, gremiales y comunitarias y algunas Intendencias se han destacado en esta cooperación.

Pero debemos subrayar la participación activa de la comunidad a través de diversas organizaciones de familiares, de usuarios, de vecinos, de técnicos, como las agrupadas en el Plenario Nacional de Salud Mental, participantes de la Comisión Asesora del PNSM y en el Patronato del Psicópata.

Allí donde han interactuado estos protagonistas se han obtenido los mejores avances. También debe señalarse que en las transformaciones operadas sólo han participado algunas instituciones del sector público, cuya cobertura de población es importante pero no supera el 50% y cuyo presupuesto constituye solo el 25% del gasto nacional en salud. ¡Cuánto podríamos avanzar si lográramos incluir en la cooperación al resto del sector público y a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que cubren al otro 50% de población y disponen del 75% del gasto nacional en salud!

El peso que han tenido las organizaciones de la comunidad ha sido decisivo. Esto explica que los cambios lejanamente anhelados recién pudieran ponerse en movimiento cuando estas organizaciones comenzaron a incidir. Recordemos que fue aún en dictadura cuando el movimiento de familiares impidió el traslado forzado de los pacientes del Vilardebó a las Colonias y su cierre definitivo. Todos sabemos el rol que tuvo en la construcción del movimiento de salud mental, en su expansión y el reconocimiento que hoy merece.

La prolongada y profunda incidencia de las Colonias en la actividad laboral y en la vida económica, social y cultural de las poblaciones de Santa Lucía, 25 de Agosto, Ituzaingó, Pueblo Nuevo, Moré, exige la amplia participación de esas comunidades en la construcción de los nuevos caminos de superación, comenzando por reconocerles que durante casi un siglo han albergado a más de veinte mil pacientes, gravemente afectados en su socialización, procedentes de todo el país.

Bibliografía

1. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Año LVIII; N° 328:10-22;1994.
2. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. Rev. de Psiquiatría del Uruguay. Año LIX; N° 330:19-34;1995.
3. **Arduino M, Porciúncula H, Ginés A.** La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. Rev. de Psiquiatría del Uruguay, Vol 64, N° 2: 302-316; agosto, 2000.
4. **Chanoit P** Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS/OMS, 1966.
5. **Declaración de Caracas.** Conferencia sobre Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina. Caracas. Venezuela, 1990.
6. **De Plato G, Venturini E.** La Promoción de la Salud Mental. Curso de Formación para Operadores y Dirigentes Latino Americanos de Salud Mental. Emilia Romagna Press OPS/OMS, 2000.
7. **Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay.** Mental Disability Rights International. Washington College of Law. American University. Washington DC, jun 1995.
8. **Fioritti A, Lo Russo L, Melaga U.** Reform Said or Done? The Case of Emilia-Romagna Within the Italian Psychiatric Context. Am. J. Psychiatry; 154:94-98,1997.
9. **Garmendia F.** Asistencia de los Alienados en la Colonia. Trabajo presentado en el Primer Congreso de Asistencia Pública. Montevideo, 1927.
10. **Ginés A.** Desarrollo y Ocaso del Asilo Mental en el Uruguay. Rev. de Psiquiatría del Uruguay, Vol 62, N° 2:37-40; octubre,1998.

11. **Ginés A.** Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria psiquiatría. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 63:27-43,1999.
12. **Gorlero Bacigalupi R.** A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Año 48; N° 283:87-119,1983.
13. **Ladowsky I.** Investigación y seguimiento del programa de asistencia familiar de la Colonia B. Etchepare. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 63:44-66,1999.
14. **Lamb R.** Desinstitutionalization at the Beginning of the New Millenium. *Harvard Review of Psychiatry*, mayo-junio, pp. 1-10,1998.
15. **Más de Ayala I.** La Colonia de Alienados Dr. Bernardo Etchepare. Publicación de circulación interna de la Institución, 1937.
16. **Maeso CM.** El Uruguay a través de un siglo. Montevideo. Imprenta La Moderna. Año 1910, pp. 176-179. Publicación de la Presidencia de la República.
17. **Murguía L.** Evolución de la Asistencia Psiquiátrica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Año 48; N° 283: 120-126,1983.
18. **Murguía L, Soiza Larrosa A.** Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, LII: 169-179,1987.
19. **Perris C, Kemali D.** Focus on the Italian Psychiatric Reform; an introduction. *Acta Psiquiátrica Escandinava. Suplemento N° 316*, pp. 9-25,1985.
20. **Programa Nacional de Salud Mental.** Ministerio de Salud Pública, 1986.
21. **Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio.** Investigación de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 5: 1-16,1986.
22. **Soiza Larrosa A.** Esbozo Histórico sobre la Psiquiatría y sus Servicios Hospitalarios en el Uruguay 1788-1907. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Año 48; N° 283:1-18,1983.
23. **Strozzi C, Gil JL.** Registro de los Servicios Psiquiátricos con Deshospitalización por Departamentos. ASSE, 1997.