

## La honda de Murguía

Comentario del Prof. Dr. Ángel M. Ginés

### 1

Durante la década de los ochenta del siglo que se nos fue –con tantas deudas pendientes– Daniel L. Murguía reflexiona y aporta con permanencia en relación con el desarrollo, la peripecia y el destino del Hospital Vilardebó. La Revista de Psiquiatría del Uruguay recoge cuatro textos suyos dirigidos directamente a esta institución matriz de la psiquiatría nacional: “Salud Mental - Evolución de la Asistencia Psiquiátrica”<sup>1</sup> de 1980, en oportunidad del centenario del Hospital; “La Imagen del Hospital Vilardebó”<sup>2</sup> de 1981; “El cierre del Hospital Vilardebó”<sup>3</sup> de 1983; “El Futuro del Hospital Vilardebó”<sup>4</sup>, de 1989. Pero también, y en un contexto más amplio, un quinto texto, “Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay”<sup>5</sup>, de 1987.

Desde luego que en conferencias, comentarios, ateneos, salas y corredores, el Vilardebó –su principal trinchera terrenal, su loco hogar de cada mañana durante interminables décadas médicas– fluía doloroso y problemático del sereno manantial de su entendimiento.

El tercer texto mencionado, “El cierre del Hospital Vilardebó”, es el más breve de todos, pero bien representativo no sólo de sus concepciones en psiquiatría y salud mental sino de sus fraternos lazos con pacientes, familiares y cuidadores y representativo en especial de coraje cívico, por las circunstancias en que fue escrito.

En ese editorial su honda es la de David.

Fue publicado con su firma, D. L. M., en 1983, en pleno estado dictatorial. En el transcurso de ese año el Ministerio de Salud Pública de la dictadura había resuelto degollar, a golpe de sable, el Hospital Vilardebó.

Eran tiempos de tragedia. Redactar y firmar un editorial como el que rememoramos, en las condiciones de la más completa arbitrariedad

autoritaria, era asumir un elevado riesgo personal. Vale recordar con dolor –que el tiempo no alivia– que tan solo unos meses después, el domingo 15 de abril de 1984, el médico de pueblo de San Javier, en el departamento de Río Negro, Vladimir Roslik –inocente de toda inocencia– fue arrancado del hogar a las cuatro de la madrugada; al día siguiente su esposa lo recibe muerto como consecuencia de crueles tormentos<sup>6</sup>.

### 2

El 1 de agosto de 1983, los residentes con asilo permanente en ese Hospital, sus familiares y los técnicos y funcionarios a cargo de sus cuidados despiertan a un hecho consumado, gestado en la oscuridad discrecional del poder autoritario.

“A la hora diez, después de haber tomado su medicación, después de haber sido cortados sus cabellos, otros rapados, después de haber sido bañados y cambiados de ropa, los pacientes fueron llevados al patio central del Hospital para formar y hacer un simulacro de traslado a la Colonia Etchepare (...) Los pusieron en el hall de entrada, y una enfermera con las fichas individuales los iba llamando, poniéndolos aparte. Esto fue muy triste, todavía cuando lo recordamos volvemos a llorar, al pensar en el dolor y en la angustia que supone el no poder hacer nada frente a la súplica de nuestros pacientes pidiendo a gritos que no los trasladaran. Porque no hay que olvidarse que a las siete y treinta de la mañana, hora para la que estaba previsto el simulacro, para los pacientes no se trataba de una prueba sino que representaba el verdadero traslado a un mundo desconocido. Se los podía ver en los corredores, temblando, llorando, en un desamparo total (...) Cabezas rapadas, pequeñas valijas con nada adentro o

apenas un par de zapatos viejos, gritos, llantos y pedidos, ese fue el escenario del Hospital el primero de agosto”<sup>7</sup>.

Así dan testimonio los familiares de pacientes del simulacro del 1 de agosto, luego de que sus gestiones y solicitudes fueran desoídas una y otra vez.

Un par de meses antes, el 5 de junio, la opinión pública había tomado conocimiento por la prensa, de la maligna disposición del Ministerio de Salud Pública de la dictadura respecto de los enfermos mentales y sus familiares.

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. No es que el Ministerio o el Gobierno no quieran gastar en ellos. Es que hay casos en que nada sirve.” “Hay muchísimos pacientes por completo irracionales, que destrozan la ropa y las sábanas o las frazadas, porque no saben lo que es, que andan desnudos, que cumplen sus necesidades fisiológicas en el lugar que sea, porque todos los lugares son iguales para ellos, porque son absolutamente irrecuperables”. “(...) todo lo que se construya no se nota, porque lo destruyen apenas terminó de hacerse, sea una obra o sea una sábana. Todos los días hay que sacar toda la ropa y todas las sábanas, y baldear todo, porque cumplen sus necesidades fisiológicas en el suelo, en la cama, donde sea”<sup>8</sup>.

Pero el subsecretario era médico –o al menos había obtenido ese título– y así decía el subsecretario:

“Cuando Ud. tiene una cantidad de pacientes y le pregunta a la Medicina: ¿qué se puede hacer?, y la Medicina le dice: nada, entonces ¿qué hace? El Estado lo mantiene, pero lo mantiene en las condiciones que quiere el paciente, porque a alguien que a Ud. lo mira como si fuera un árbol o un florero, que no responde al pedido o a la voz de mando, que

no responde a la medicación, al que hay que ponerle el medicamento para que no sea agresivo por la fuerza en la boca, no puede mantenerlo como uno quiere sino como él quiere”<sup>8</sup>.

Sería muy difícil encontrar en la historia de nuestro país textos provenientes de la autoridad sanitaria o de cualquier sector involucrado con la enfermedad mental o con la enfermedad en general, que supusieran una concepción de tal incompreensión y desprecio por las personas que padecen enfermedades graves; y nuestra sociedad tuvo que lidiar con varias, no solo en el campo de los trastornos mentales.

Concepciones y conductas antihumanas de esa malignidad se cultivan sin límites en estructuras autoritarias de poder, atrincheradas sobre sí mismas, como las que padeció nuestro país en el período de la última dictadura cívico militar y cuyas secuelas sobre los ciudadanos, la sociedad y sus instituciones, en todos los campos de la convivencia, aún no hemos logrado restañar ni elaborar por completo, en la medida en que esto sea posible.

“Sólo puede esperarse que se mueran” o “absolutamente irrecuperables”, remueven en la memoria la solución final del Tercer Reich, sostenida y alimentada por la ideología nazi-fascista.

En efecto, en 1939 en Alemania, Adolf Hitler extiende el poder de los médicos con el siguiente decreto: “El Comisario del Reich, Bouhler, y el Dr. Brandt son comisionados y responsables para extender la autoridad de los médicos, que serán designados por sus nombres, de manera que se pueda dar muerte a los pacientes que, siguiendo un juicio humano, son enfermos incurables según una evaluación crítica del estado de enfermedad”.

Carl Schneider, uno de los miembros principales de ese “proyecto”, era Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Heidelberg (la misma Universidad a la que Emil Kraepelin había aportado con talento y generosidad una generación antes). Schneider era un destacado científico, había publicado libros como “La psicología de la esquizofrenia”, de amplia difusión y muchos de sus trabajos permanecieron en la bibliografía psiquiátrica.

El total estimado de asesinatos –vía eutanasia– fue de 275.000 pacientes. Las institu-

ciones alemanas de internación de enfermos mentales descendieron de 300.000 en 1939 a 40.000 en 1946.

Carl Schneider, antes de ser sometido a juicio, se suicidó<sup>9</sup>.

### 3

Murguía dispara certeramente su honda hacia el engendro autoritario:

“A pasos acelerados se va realizando el traslado a la Colonia Etchepare de los pacientes que aún permanecen internados en el Hospital Vilardebó”.

Su honda argumental incluye tres fundamentos irrefutables: de orden médico-asistencial, de orden humanitario y de orden económico.

Desde el punto de vista médico-asistencial destaca dos aspectos básicos en el cuidado de los enfermos mentales. El primero de ellos asegurarles la apropiada atención de los problemas somáticos que su condición personal pueda exigir. En segundo lugar, preservar la condición de seres sociales que han logrado mantener y aun recrear pese a las condiciones de restricción asilar en que desarrollan sus vidas.

Para comprender la profundidad de este argumento y de la concepción de Murguía con relación al peso decisivo que tiene la calidad de la interacción social en la rehabilitación del enfermo mental, es menester tener presente que el Hospital Vilardebó del período en que se pretende su clausura, corresponde a un momento peculiar de su centenaria historia.

En efecto, el hospital tenía en ese entonces una población reducida, de asilados a permanencia, con escaso ingreso de pacientes en estado de crisis. Esa situación peculiar del Hospital Vilardebó corresponde al período en que se habilitó como Hospital Psiquiátrico el Hospital Musto (entre 1981 y 1996). La decisión de habilitar el Hospital Musto se había tomado al margen de todo intercambio democrático y supuso el traslado de la internación de los episodios críticos a 14 kilómetros del centro de Montevideo! Con tal decisión los males históricos de la asistencia de nuestros enfermos mentales (segregación, alejamiento de la familia

y del lugar de origen, tratamiento limitado a la crisis y empleando casi exclusivamente los recursos biológicos, es decir, sin plan terapéutico integral biopsicosocial, permanente y a largo plazo) se trasladaron al Hospital Musto; por igual motivo el remanente asilar del Hospital Vilardebó de ese período –aún cuando ese no hubiera sido el proyecto– se benefició del alivio de la presión incontrolable de internación y, por tanto, del caos en las redes internas de funcionamiento.

Mirado a la distancia casi podríamos afirmar que con el Hospital Musto el Uruguay pudo realizar “el experimento” de habilitar un nuevo hospital con las viejas pautas de asistencia y comprobar su derrumbe (con notoria conmoción social) en quince años; y por otro lado, pudo comprobar también el efecto del despliegue de las interacciones sociales con un cierto mejoramiento de las condiciones de existencia en el Hospital Vilardebó.

Por eso, Murguía, que testimonia como veremos luego, realidades inaceptables del proceso asistencial histórico del Vilardebó, argumenta para ese momento calidades de asilo que pueden sorprender.

“(…) los pacientes asilares del Hospital Vilardebó, algunos con muchos años de permanencia en dicho establecimiento, han logrado establecer una red de relaciones interpersonales entre sí, en cada sala, organizando su vida de modo comunitario, a la manera de una gran familia, en la que aquellos aún válidos, ayudan y auxilian a los discapacitados por su enfermedad mental o por incidencias somáticas. El traslado que se está efectuando interrumpe esa red de relaciones; los pacientes deberán hacer frente a una situación compleja en la que estará presente el desarraigo, con pérdida de su “hábitat”, de la ayuda física que los inválidos recibían de aquellos aún válidos y capacitados, con quiebra de las precarias posibilidades de socialización que les concedía el ambiente comunitario de la sala en que residían, verdadero mundo estrecho, pero mundo al fin. Con ello la descomposición psíquica se producirá en todos, de modo inexorable (...)”

Resulta admirable la sencillez y claridad con que se exponen aquí los fundamentos principales de la preservación, rehabilitación y aun de las potencialidades de desarrollo de

las personas que padecen trastornos mentales graves. Incluido el secreto de la construcción de la personalidad, esto es, el establecimiento de “una red de relaciones interpersonales”, “organizando (la) vida de modo comunitario” y su contrapartida regresiva, es decir, “el desarraigo”, “la quiebra de las precarias posibilidades de socialización que les concedía el ambiente comunitario”, “mundo estrecho (de ese asilo), pero mundo al fin”, por constituir un conjunto de relaciones comunitarias y por tanto condición de ser de la subjetividad.

A este fundamento, que además de médico asistencial es humanitario, Murguía agrega el impacto regresivo de la pretensión arbitraria sobre los familiares de los pacientes, por las dificultades que tendrán para acceder al nuevo y lejano destino.

Y finalmente, el argumento económico, empleado con sensatez e ironía –“no es nuestro campo de actividad”– para un ministro contador:

“Es un lujo, en la condición económica precaria del país, en vías de desarrollo, desdeñar y despreciar una sólida estructura arquitectónica que nos costará muchísimo dinero volver a erigir cuando un seguro porvenir cercano lo reclame”.

#### 4

El Hospital Vilardebó –en Montevideo– y la Colonia de Alienados en el departamento de San José –a 70 kilómetros de Montevideo– constituyeron durante un siglo el problema más importante de salud mental del Uruguay, y devinieron una cuestión insoluble, dolorosa e inaceptable. El traslado de pacientes desde todos los confines del país –emigración forzada con interrupción de los vínculos familiares y de otras relaciones entrañables– provocó la concentración masiva de personas con un trayecto sin retorno, cuya primera estación de algunos años era el Hospital Vilardebó –durante un corto período el Hospital Musto– y su destino final la Colonia de Alienados.

La calidad de la internación y del asilo fue, en general, muy penosa, con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de las personas. Esta afirmación es

válida, con excepciones, para todo el período histórico y para todos los protagonistas del fenómeno asilar, principalmente para los pacientes y sus familiares, pero también para el personal de salud en cualquiera de sus actividades.

Los testimonios son numerosos y elocuentes.

En el mencionado artículo “Salud Mental - Evolución de la Asistencia Psiquiátrica”, con motivo del centenario del Hospital Vilardebó en 1980, Daniel L. Murguía realiza una descripción conmovedora e impercedera con los recuerdos del impacto que en 1936, siendo estudiante de medicina, le provocó su primer contacto con los pacientes del Vilardebó:

“Todo era dolor. Existían dos grandes grupos de enfermos: uno estaba integrado por los pacientes melancólicos, que arrastraban su sufrimiento moral durante 8 ó 10 meses, período que duraba la evolución natural del episodio depresivo, cuando no se tornaba crónico en plena senectud. Eran muchas decenas de enfermos que con facies doloroso nos imponían su agobio moral. La sintomatología era florida y abundaban las formas ansiosas y estuporosas. Al dolor moral que trasuntaban sus rostros se agregaba el deterioro físico: consunción por anorexia prolongada, autointoxicación intestinal por constipación en cuya patogenia concurrían la pereza intestinal propia de la depresión y la paresia provocada por los únicos medicamentos disponibles, láudano y morfina, a la que por un eufemismo se la llamaba «papaverina» y por abreviatura simplemente «papa». Escaras, complicaciones respiratorias y otras incidencias ponían término a la vida de estos pacientes en alto porcentaje de ellos.”

“El otro grupo estaba constituido por los esquizofrénicos y delirantes. Era el grupo más numeroso, el que englobaba a la mayoría de la población hospitalaria. Se le hallaba en las salas, en los pasillos, en los rincones, por los patios o en la quinta; circulaban o se estacionaban solos, aislados, enigmáticos e impenetrables, conllevando cada uno su mundo individual privado o circulaban con sus risas inmotivadas, entregándose a sus soliloquios verbigerados, interminables e incomprensibles, musitados secretamente; otras veces, situados en un rincón o mientras se libraban a una marcha

monótona e interminable, exhibían la riqueza de sus estereotipias motrices y verbales, o desplegaban toda la gama de sus manierismos; o bien se les hallaba rígidos, estatuarios en actitudes grotescas, indiferentes a las inclemencias atmosféricas, insensibles al frío en pleno invierno, algunas veces hasta morir helados en la noche perdidos en la quinta. Otras veces los encontramos en sus camas sumidos en un síndrome cataleptico o bien manifestando intensa agitación catatónica. Los delirantes ofrecían el relato florido de una actividad alucinatoria permanente, que enriquecía más y más el dramatismo de su ficción patológica.”

“En ese panorama dantesco se inscribía aún el drama de los enfermos agitados, lo fueran por causas orgánicas, expresión de un cuadro maniaco, o de un estado catatónico; para ellos los únicos recursos eran la contención física o la inyección de trementina. Se les veía inmovilizados por sus chalecos de fuerza sumamente apretados, luchando en vano durante días, hasta el agotamiento, sucios por sus micciones, sudores y deyecciones, acosados por las moscas que pululaban a su alrededor, deshidratados, infectados y escarificados; si eran fijados con trementina estaban inmovilizados por el dolor y rubicundos por la fiebre; luego padecían todas las consecuencias de la supuración que se instalaba, a la que con frecuencia se sumaban infecciones secundarias.”

Otros testimonios confiables y contundentes convergen con esta descripción de Murguía.

De especial interés, con relación a los orígenes de la reclusión asilar en nuestro país, resulta la Tesis de Doctorado “Algo sobre Manicomios” de Andrés Crovetto (1884)<sup>10</sup>, que refleja el período final del Asilo de Dementes y los primeros años del Manicomio Nacional (luego Hospital Vilardebó). El Asilo de Dementes, en la quinta de don Miguel Vilardebó, funcionó desde 1860 y creció hasta 348 personas recluidas en 1879; es la primera concentración significativa de enfermos mentales. Lo sustituye el Manicomio Nacional que se inauguró en 1880, siendo en ese entonces, por su estructura arquitectónica, “el mejor establecimiento para alienados de América del Sur”<sup>5</sup>, tanto como para que en 1910 se lo rebautizara con el nombre del forjador de la medicina y las ciencias naturales nacionales, Teodoro Vilardebó<sup>11</sup>, víctima en

comprometido servicio de la epidemia de fiebre amarilla.

Sobre la Quinta de Vilardebó el testimonio del joven Andrés Crovetto, que había ejercido allí como Practicante Interno, dice así:

“A cargo de las locas estaban las hermanas, las cuales ordenaban y aplicaban las medidas de sujeción que ellas creían convenientes (...) Los locos estaban a cargo del capataz, el que, en aquella época, era el jefe del establecimiento, y por tal lo reconocían los sirvientes, no obedeciendo más órdenes que las de él. Él ordenaba y aplicaba los castigos cometiendo las mayores herejías con los enfermos”.

Relata casos de tratamientos brutales del capataz y de los sirvientes, que aun siendo de conocimiento de las autoridades no eran reprimidos; la arbitrariedad imperante llevaba a las hermanas y a los sirvientes a rechazar las indicaciones del médico o del practicante y a aplicar por su cuenta medidas punitivas.

“...existían en el establecimiento dos piezas en las peores condiciones higiénicas, y cuyo pavimento eran duras piedras de granito y destinada a los furiosos”. “En una de ellas había un cepo con seis agujeros para tres enfermos, y en otra uno de diez agujeros para cinco enfermos.” “Los cepos estaban separados de la pared lo suficiente para dar lugar a que se pudiera entrar a sacar los excrementos que allí se depositaban (cuando se sacaban), y el enfermo que estaba en prisión, lo más que podía hacer era sentarse, puesto que en cada agujero del cepo entraba un pie, llegando a los pocos días de este castigo a llagarse las piernas, sufriendo como es de suponer los más atroces dolores.”

Sobre el nuevo Manicomio Nacional (luego Hospital Vilardebó), Andrés Crovetto comparte la idea de su solidez arquitectónica, concebida por el ingeniero Eduardo Canstatt que, al parecer, se inspiró en el Asilo “Sainte Anne” de París de 1876<sup>5</sup>; pero discrepa con el carácter custodial del emprendimiento, indicando que “no cumple con las reglas de higiene” y resulta “no ser cómodo” y “ser lujoso”; propone suprimir las rejas, mantener servicios mixtos y dar ocupación y distracción a los enfermos. Por lo visto el dilema asilo o rehabilitación estuvo presente en el origen mismo del Manicomio Nacional.

En 1966 el Consultor de la OMS, Dr. Pierre Chanoit (1966)<sup>12</sup>, realiza un ejemplar y memorable “Informe sobre Salud Mental en Uruguay”, que ha constituido un referente permanente de las transformaciones en asistencia psiquiátrica y salud mental por las que transita nuestro país.

En ese informe realiza la siguiente descripción del Hospital Vilardebó:

“El día de nuestra visita se alojaban en el hospital cerca de 1.800 enfermos. Este hecho explica que en estas circunstancias resulta difícil describir estructuras terapéuticas. Las camas han ido ocupando progresivamente la totalidad del espacio disponible en los dormitorios, luego las salas de reuniones, y por último, los patios, someramente cubiertos. De noche se añaden colchones para que los enfermos supernumerarios tengan donde dormir. Las condiciones de higiene son desfavorables, especialmente en el sótano donde la falta de luz y ventilación y la persistencia de su condición estigmatizante hacen que las condiciones de vida sean muy penosas, tanto para los pacientes como para el personal.”

En los “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 cura, 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.”

Las condiciones actuales de esta modalidad asistencial son heterogéneas y aunque está en franco retroceso, muestra claridades esperanzadoras y oscuridades inaceptables.

Mental Disability Rights International, con sede en USA, emitió conclusiones críticas y

recomendaciones en 1995 en el documento “Derechos humanos y salud mental en el Uruguay”<sup>13</sup>. Esta organización de derechos humanos realizó una nueva auditoría en 2003, con amplio intercambio, en el que no estuvo ausente la polémica franca.

La Facultad de Medicina se expidió, en 1996, a través del documento “Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto”<sup>14</sup>, que tuvo repercusión en la opinión pública<sup>15</sup>. En ese año, cuando se preparaba el cierre definitivo del Hospital Musto y la rehabilitación del Hospital Vilardebó como hospital para episodios críticos, la muerte de varios pacientes ensombreció esa decisión de la autoridad ministerial que para nosotros era una decisión estratégica razonable pero precipitada en su realización. En esa oportunidad los docentes de la Clínica Psiquiátrica reflexionamos conmovidos y emitimos una extensa declaración de la que ahora destacamos:

“La Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) cooperan y complementan sus acciones en psiquiatría y salud mental en todos los hospitales públicos de Montevideo... En el Hospital Musto, la Clínica Psiquiátrica realiza tareas docentes y tareas asistenciales directas... De esto se desprende que aun cuando la administración del Hospital corresponde a ASSE, la Clínica de la Facultad entiende apropiado realizar sus tareas docentes y asistenciales en las condiciones que ofrece dicho hospital y envía desde otros lugares de la asistencia pública pacientes que merecen asistencia en condiciones de internación. Asumimos, pues, con toda claridad y plenamente, ante la opinión pública, las responsabilidades que puedan correspondernos en relación a los penosos sucesos que motivan esta declaración”.

Y decíamos, más adelante:

“Corresponde establecer con precisión el número de personas fallecidas en el período señalado, su identidad, el motivo de la internación, el diagnóstico del trastorno que padecían, el tratamiento que recibieron y las condiciones de internación a que estuvieron sometidas, así como los peritajes realizados para esclarecer las causas de muerte. Corresponde subsiguientemente comunicar a

los familiares y a la opinión pública los resultados de esa investigación y las medidas que se establecerán para preservar la seguridad y la calidad de asistencia apropiadas a las personas internadas en ese Hospital.”

E insistía, finalmente, la declaración en reiterar “la aspiración compartida con otros servicios clínicos de la Facultad de constituir Comités de Ética, en todos los hospitales del sector público (Hospital de Clínicas y hospitales de ASSE) que funcionen con autonomía de estas instituciones y a las que puedan referir sus problemas los usuarios, los pacientes, los familiares, los técnicos y los funcionarios”.

Esta vez –en democracia– los docentes de la Clínica Psiquiátrica renuevan el compromiso ético que sus maestros habían enseñado, entre ellos, Murguía en plena dictadura.

El efecto sobre la opinión pública de este documento queda estampado en el editorial de un matutino cuyo elocuente título es “Trascendente Declaración”<sup>15</sup>. El editorialista señala, luego de analizarla exhaustivamente: “Si ya todo esto da perfiles de excepción al documento elaborado por esa dependencia universitaria, esos perfiles se acentúan con la invocación y el recuerdo de los valores morales que han de orientar la conducta profesional en coyunturas como las que emergen de estos hechos tan penosos, invocación bien infrecuente en declaraciones de los diversos sectores tanto gremiales como profesionales”. En ese orden recuerda, después de enumerar algunos principios éticos fundamentales como el de Beneficencia y el de Justicia, es decir, hacer el bien a los pacientes, y dispensar la mayor protección a los más débiles, que “ante un conflicto de lealtades –paciente o instituciones– el médico debe optar por la lealtad al paciente”.

El editorial concluye: “Esta declaración es por una parte un rudo aldabonazo que acentúa la evidencia de un panorama dramático en la asistencia de quienes tan indefensos se hallan, y por la otra pone de manifiesto la decidida voluntad de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de brindar su más amplia colaboración para que aquel panorama se revierta y no se repitan situaciones que parecen tan reñidas con la vida y la dignidad de algunos de esos pacientes”.

Sobre esa realidad de más de un siglo se produjeron, luego de la apertura democrática y la aprobación del Programa Nacional de Salud Mental (1986) –con avances y retrocesos–, modificaciones notorias que han permitido acceder a un nuevo panorama bien heterogéneo con desarrollos esperanzadores y rémoras inaceptables.

Como hemos visto en el numeral anterior, la primera concentración significativa de enfermos mentales se completó en 1879 en el “Asilo de Dementes”, con 348 personas (tasa de 6 asilados por diez mil habitantes). El Hospital Vilardebó previsto en 1880 para 700 camas, supera en una década las 1.000 personas (casi 12 personas o/ooo habitantes) y en 1910 alberga 1.500 personas (14 o/ooo). A partir de 1912, por la creciente demanda de asilo, se abre la Colonia de Alienados, en el departamento de San José, que sumada al Hospital Vilardebó ven elevar el número de asilados hasta cerca de 5.000 personas a mitad del siglo, con tasa próxima al 19 o/ooo, de las más altas del mundo.

Hacia la década del 70 se observa una disminución sostenida de asilados hasta 1.500 personas en 1997 (4.8 o/ooo), 1.100 personas (3,4 o/ooo) en 1999 y 1.000 personas en la actualidad, casi todos ellos concentrados en la Colonia de Alienados<sup>16-20</sup>.

La velocidad de descenso de la población asilar se aceleró en la década del noventa como para anticipar su superación en algunos años; sin embargo, en 2000, el número de asilados tiende a estabilizarse en un millar y reaparece cierta inquietud respecto de su evolución. Esta última inflexión de la curva parece vinculada al empeoramiento progresivo de la situación socioeconómica y cultural que adquiere connotaciones de desastre en 2002.

En la reducción del asilo convergieron la alta efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con los procedimientos psicosociales y de rehabilitación, los cambios de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales –en especial la jerarquía concedida a la transformación del modelo asistencial y el cuidado por los derechos humanos– y el bloqueo progresivo de la emigración forzada

por el despliegue de la asistencia psiquiátrica a todo el país. El desarrollo de la psiquiatría en los diversos departamentos, en los últimos veinticinco años, constituyó uno de los cambios más trascendentes y marcó un viraje en la asistencia en psiquiatría y salud mental.

Una reducción tan significativa del asilo mental, es un hecho ampliamente saludable que ubica a nuestro país en buenas condiciones para transitar nuevos caminos.

La tasa de asilo ha regresado a los niveles de la época de arranque del “modelo asilar”, pero, además, existe una redistribución a nivel nacional del sistema de internación y una modificación funcional de la internación psiquiátrica, con internaciones de breve y corta estadía. El Hospital Vilardebó, reestructurado, tiene hoy 300 camas, esto es, entre un quinto y un sexto de su hacinamiento histórico; más de la mitad de esas plazas de internación corresponden a la modalidad breve y corta para la asistencia de episodios críticos, pero el resto de las plazas “asiste” a personas del sistema judicial y carcelario en condiciones inaceptables tanto desde el punto de vista sanitario como desde el punto de vista de la dignidad y los derechos humanos de esas personas y el personal de salud.

Aun cuando persistan realidades inaceptables, que debemos afrontar con actitud transformadora y comprometida, un nuevo estilo de asistencia está naciendo. El camino a recorrer tiene como objetivos: la hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible y con asistencia integral; la asistencia en la comunidad (en centros de salud y en asistencia domiciliaria en crisis); la educación del paciente y de su familia en el manejo de los trastornos mentales específicos<sup>21</sup>; los espacios psicoterapéuticos grupales<sup>22</sup> y personales; la extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de los usuarios y la formación de grupos de autoayuda; el énfasis en los derechos humanos; la incorporación plena o protegida de los pacientes a la actividad social; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue<sup>23</sup>; el diseño de los planes terapéuticos como “ensayo clínico” y su evaluación sistemática; la integración amplia y la redistribución concertada del poder en los equipos de salud;

el mejoramiento en la calidad de los contratos del personal de salud y los nuevos modelos organizativos y de financiación.

Hacia el futuro, en la perspectiva de las aspiraciones enunciadas, la asistencia en la comunidad debe convertirse progresivamente en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental.

Para que las salas de internación en los Hospitales Generales cumplan en plenitud sus objetivos deben ser salas de puertas abiertas, como cualquier otra sala hospitalaria; pero como un cierto porcentaje de pacientes –aun con los recursos terapéuticos que hoy dispomos– exige medidas especiales de protección, el Hospital Vilardebó debe consolidarse como centro de resguardo para ese tipo de episodios críticos.

Las medidas de 1996 (cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, reestructuración del Hospital Vilardebó como hospital de agudos, redistribución de los recursos humanos y materiales con despliegue de los Centros de Salud en la comunidad) marcan un salto en el desarrollo de los objetivos del Programa Nacional. En los años sucesivos el Hospital Vilardebó muestra un estilo de actividad inédito, con mejoramiento de la calidad asistencial e incremento de sus recursos asistenciales: programa de Asistencia en Crisis (ACRI)<sup>24</sup> con intervención en el hogar del paciente, salas de emergencia, reducción del tiempo de internación, Centro Diurno, reducción rápida y 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. Especial mención merece la actitud comprometida, la presencia y la iniciativa innovadora del personal de la institución y la participación de los familiares en los programas.

Desde luego que persisten también remanentes inaceptables que ya han sido comentados y que es urgente superar. Pero de todas maneras se han creado 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.

En esta nueva perspectiva, el Hospital Vilardebó, tal cual pronosticara Murguía en el editorial que comentamos, se aproxima al “seguro porvenir cercano” que las nuevas condiciones le “reclaman”.

## Referencias bibliográficas

1. **Murguía D.** Salud Mental-Evolución de la Asistencia Psiquiátrica. Rev. Psiquiatría Uruguay 1980;45(267):120-126.
2. **Murguía D.** La Imagen del Hospital Vilardebó: influencia de lo subjetivo en ella. Rev. Psiquiatría Uruguay 1981;46(276):259-262.
3. **Murguía D.** El cierre del Hospital Vilardebó. Rev. Psiquiatría Uruguay 1983;48(287):217-218.
4. **Murguía D.** El Futuro del Hospital Vilardebó. Rev. Psiquiatría Uruguay 1989;54(316):65-66.
5. **Murguía DL, Soiza Larrosa A.** Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. Rev. Psiquiatría Uruguay 1987;52(309-310):169-179.
6. Separata de Rev. Noticias julio 1999, N° 99 (SMU).
7. Semanario “Aquí”, 9/7/1983.
8. Diario “El País”, 5/6/1983.
9. **Wertham F.** La señal de Caín (Sobre la violencia humana). México: Ed. Siglo XXI, 1971.
10. **Crovetto A.** Algo sobre Manicomios. Tesis de Doctorado, 1884; Facultad de Medicina, Montevideo.
11. **Mañé Garzón F.** Vilardebó (1803-1857). Primer Médico Uruguayo. Academia Nacional de Medicina del Uruguay. Montevideo: Talleres Gráficos Barreiro, 1989.
12. **Chanoit P.** Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS - OMS, 1966.
13. Derechos humanos y salud mental en el Uruguay. Mental Disability Rights International. Washington, DC. Junio de 1995.
14. Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto. Montevideo, 1 de agosto de 1996.
15. Trascendente Declaración. Editorial del diario El País. Montevideo, 8/8/1996.
16. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. Rev. Psiquiatría Uruguay 1994;58(328):10-22.
17. **Arduino M, Cáceres D, Grases E.** Aspecto histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. Rev. Psiquiatría Uruguay 1995;59(330):19-34.
18. **Ginés AM.** Población internada en el sector estatal (1788-1993). Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Actividad de Educación Continua (Video, Biblioteca SMU), nov. 1993.
19. **Ginés AM.** Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. Rev. Psiquiatría Uruguay 1998;62(2):37-40.
20. **Arduino M, Ginés AM.** Noventa años de la Colonia Etchepare. Rev. Psiquiatría Uruguay 2002;66(2):119-127.
21. **Fernández M, Labarthe A.** Curso de Psicoeducación en esquizofrenia para personal de salud mental. Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (Clínica Psiquiátrica) - Hospital Psiquiátrico, 1994.
22. **Palleiro E.** Alternativas técnicas y consideraciones psicopatológicas en la psicosis. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría, 1995.
23. **Ladowsky I.** Investigación y Seguimiento del Programa de Asistencia Familiar de la Colonia Dr. Bernardo Etchepare. Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 1998.
24. **Porciúncula H, Wilhelm I.** Asistencia en Crisis psiquiátricas (ACRI). Primer Premio Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, 1997.