

Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1910): de la Colonia de Alienados al Hospital Vilardebó. Etapas de una evolución conflictiva/ Knowledge and Practice in Uruguayan Psychiatry (1860-1910): from the Colonia de Alienados to Hospital Vilardebó. Stages of a Conflictive Evolution

Nicolás Duffau (*)

Resumen: En este artículo abordaremos las principales etapas del desarrollo de la única institución de reclusión manicomial con que contó Uruguay entre 1860 y 1912. Al mismo tiempo prestaremos atención a las justificaciones para la creación de un establecimiento de tales características y al desarrollo de un campo de conocimiento sobre las enfermedades psiquiátricas que comenzó su consolidación entre el último cuarto del siglo XIX y la primera década del XX. Asimismo se analizará el paulatino proceso de secularización que provocó el alejamiento definitivo en la conducción de las casas de salud de las organizaciones propias del catolicismo, las cuales regenteaban los hospicios desde fines del siglo XVIII. El trabajo se centrará en el estudio de fuentes históricas primarias a través de las cuales estudiaremos el funcionamiento del *Asilo de dementes*, del *Manicomio Nacional* y de los espacios universitarios que se vincularon con la institución.

Palabras claves: Uruguay, psiquiatría, asilo de dementes, Hospital Vilardebó

Abstract: This article examines the major developments in the history of Uruguay's only psychiatric facility, between its creation in 1860 until 1911. It focuses on the rationale for the hospital's creation and the development of legal and medical ideas about mental illness. During this period, a national process of secularization of charitable and state institution took place, producing a shift in the hospital's authority from the Catholic Church to lay and state management. Using primary sources from the institution, this article will consider the operation of the hospital and its relationship to the national university.

Keywords: Uruguay, psychiatry, mental asylum, Hospital Vilardebó.

Recibido: 20 de abril de 2015/Aceptado: 1 de agosto de 2015.

(*)Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, Uruguay/
Sistema Nacional de Investigadores. nduffau@fhuce.edu.uy/ nicolasduffausoto@gmail.com



Introducción:

El período que va desde 1860 hasta 1910 fue una época crucial para la formación del Estado uruguayo. Diversos estudios han señalado la importancia de algunos hitos como las mejoras en las comunicaciones, la aplicación de la reforma educativa, la construcción de un sistema fiscal y monetario estable, la creación de un ejército unificado, la codificación legal y, ya entrado el siglo XX, las diversas leyes sociales que favorecieron a los sectores trabajadores. A su vez, las transformaciones económicas de la segunda mitad del siglo XIX, la introducción de nuevas formas de producción, consecuencia de las modificaciones tecnológicas en el medio rural, el aluvión inmigratorio, y la inserción del país en el mercado capitalista mundial, provocaron transformaciones en la moral dominante, que se trasladaron a distintos planos de la vida social y cultural. Entre esas transformaciones del período, podríamos señalar la construcción de determinados estereotipos sociales que fueron utilizados durante la época, para señalar los rasgos propios de la *barbarie* que el país debía erradicar para construir un anhelado “país modelo”. Entre esas figuras de rechazo se encontraban los inmigrantes pobres, los delincuentes rurales, los militantes políticos que querían subvertir el orden establecido, los enfermos psiquiátricos, y cualquier manifestación que saliera de las rígidas normas morales civilizadas (Duffau 2014 y 2011).

En el caso de los enfermos psiquiátricos, para solucionar la existencia de esos hombres y mujeres considerados improductivos e inadaptables a la sociedad moderna, “degenerados” o “alienados mentales” —como se los comenzó a llamar desde la segunda mitad del siglo XIX—, fue necesario crear una institución de contención y aislamiento. Esta problemática comenzó a subsanarse en junio de 1860 con el primer traslado de enfermos psiquiátricos internados en el Hospital de Caridad hacia la quinta de la sucesión de Miguel Antonio Vilardebó en la zona del Arroyo Seco. En ese período nació el primer manicomio uruguayo, llamado Asilo de dementes, establecimiento en el cual los enfermos psiquiátricos eran enviados para ser cuidados y en el que los médicos ocupaban una aparente función secundaria, ya que la institución era regentada por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública que otorgó plena potestad para el tratamiento de los asilados (en este y en varios nosocomios) a la Hermandad de Caridad. El Asilo funcionó en la órbita del catolicismo, que entabló una relación estrecha entre la existencia de hospicios de alienados y las prácticas de control social, pero al mismo tiempo legitimó el discurso médico al aplicar el principio de



aislamiento pregonado por la escuela francesa. Esta orientación no se modificó hasta el 25 de mayo de 1880 cuando el *Asilo* pasó a denominarse *Manicomio Nacional*. El período se cierra en 1910. Durante esta etapa se completó el proceso de secularización de los establecimientos hospitalarios y en la cual por un decreto del Poder Ejecutivo el *Manicomio* fue redenido, en 1911, *Hospital Vilardebó* y se convirtió en un centro estatal laico para los enfermos mentales pertenecientes a los estratos sociales más bajos¹.

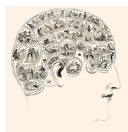
Con ese punto de partida, nuestro trabajo analizará el desarrollo institucional de la psiquiatría a través del estudio del único hospital para enfermos psiquiátricos que tuvo el país en el período comprendido entre 1860 y 1912. En este artículo buscaremos problematizar y sintetizar las distintas etapas que atravesó ese proceso de institucionalización de una casa de reclusión manicomial, y al mismo tiempo analizar el tratamiento que el Estado, pero también la sociedad de la época, destinó a los enfermos psiquiátricos. Consideramos que el proceso de creación de un hospicio de “alienados” no fue meramente institucional, sino que precisó de un marco de ideas que lo legitimara. Por un lado, encontramos las justificaciones técnicas a través de la aparición de los primeros profesionales médicos, que se comenzaron a especializar en el trabajo clínico con pacientes que mostraban algún tipo de psicopatología². A su vez, por otro lado, la prensa o la literatura que señalaban a los “locos” como portadores de rasgos bárbaros, colaboraron en la emergencia de esas nuevas figuras temidas y en la aparición de diversos estigmas³. Ese temor a los enfermos psiquiátricos no se restringió de forma exclusiva a la enfermedad, sino que dio cuenta de un temor colectivo a lo desconocido en un contexto de inmigración masiva, transformaciones y construcción de un Estado unificado y moderno⁴. El discurso “disciplinante” incorporó a los enfermos psiquiátricos para irradiar temor y señalar aquello que no se ajustaba a lo previsto por la moral

¹ En 1912 se inauguró la Colonia de Alienados de Santa Lucía (en las afueras de Montevideo), que pregonaba el sistema de *open door* y se convirtió en el segundo establecimiento público para el tratamiento de enfermos psiquiátricos.

² Si bien utilizaremos la palabra “psiquiatra” a modo de convencionalismo, cabe señalar que aunque algunos de los médicos referenciados en nuestro trabajo trabajaron con enfermedades psiquiátricas no necesariamente tenían una formación específica.

³ La referencia a palabras como ‘locos’, ‘locura’, ‘alienados’, ‘enajenados’, entre otras conexas a la temática tratada, no responde a una nosografía psiquiátrica sino a la forma en que fueron llamados los enfermos psiquiátricos en el período aquí considerado.

⁴ La idea de modernidad sintetiza la percepción de las élites reformistas del período para las cuales ser modernos (o al menos a aparentarlo) implicó poner en práctica una serie de medidas que permitieran romper con un desarrollo social pasado al que consideraban atrasado. Las epidemias, la movilización social, la inmigración no deseada, el delito, fueron vistos como amenazas al proyecto político nacionalista y al crecimiento económico.



establecida y al nuevo modelo de subordinación que se instaló en la segunda mitad del siglo XIX. Porque, sin ser solo eso, la locura también tuvo un vínculo estrecho con construcciones culturales y con los temores colectivos dentro de la sociedad.

No obstante, una interpretación unívoca que explique la existencia de asilos o manicomios solo como lugares de reclusión anula la complejidad de instituciones que también tuvieron una vinculación estrecha con la construcción de saberes científicos y con la divulgación del conocimiento. En ese sentido, importa destacar algunas perspectivas que en la historiografía latinoamericana han estudiado (luego de los pioneros escritos de Michel Foucault y su recepción latinoamericana) el fenómeno de construcción de instituciones centralizadas para la reclusión de poblaciones afectadas por distintos problemas sociales (alcohol, prostitución), penales (establecimientos penitenciarios, colonias correccionales) y sanitarios (hospitales). Desde la década del noventa surgieron perspectivas que matizaron la posición foucaultiana y rompieron con la visión mecanicista que relacionaba de forma inequívoca el discurso, su reproducción y el éxito de las propuestas disciplinadoras dentro de los manicomios y otras instituciones de control.

En el caso argentino, en el que podemos encontrar importantes similitudes con la situación uruguaya, trabajos como los de Eduardo Zimmermann (1995), Lila Caimari (2004), Ricardo Salvatore (2001) o Máximo Sozzo (2009), entre otros, se concentraron en el seguimiento de determinado corpus teórico aplicado por médicos y abogados, su incidencia en la formación de instituciones de control social (cárceles, hospitales, escuelas), así como la divulgación de estas ideas para un público lego a través de publicaciones específicas o manuales de puericultura. No obstante, desde nuestra perspectiva, la referencia más importante para el estudio del desarrollo de la psiquiatría en Argentina la constituye el abordaje realizado por el historiador estadounidense Jonathan Ablard (2009), puesto que se trata en primer lugar de una síntesis muy destacada sobre la evolución de la psiquiatría en ese país desde el siglo XIX y hasta la década del ochenta de la siguiente centuria; pero que, en segundo lugar, no solo se concentró en historiar las ideas psiquiátricas y las instituciones, sino también en analizar a la población que recibió el tratamiento así como en las estrategias de resistencia de los internos y sus familias. En su trabajo, Ablard analiza el rol que le cupo a los técnicos en las propuestas de reforma social, pero también las dificultades para implementar distintos cambios legales o sanitarios que mejoraran la situación de la población. Siguiendo a este autor, sería importante plantear la existencia de este tipo de establecimientos no solo como una



política destinada a recluir a la población inútil, sino como un punto de encuentro donde confluyeron múltiples posiciones vinculadas a las necesidades de las familias, al humanitarismo y a la formación de un sistema jurídico moderno que pese al encierro garantizaba los derechos de los internos (lo que no quiere decir que fueran respetados). Desde ese punto de vista, otra referencia importante es el trabajo de Valeria Pita (2012) sobre el establecimiento de reclusión manicomial para mujeres bonaerenses, ya que resulta una apoyatura ineludible por las similitudes con el caso uruguayo. Con trabajos como los señalados, la historiografía argentina es un punto de apoyo sustancial para el abordaje de una (inexistente a la fecha) historia de la psiquiatría en Uruguay, que necesariamente deberá atender la dimensión rioplatense por la estrecha vinculación entre los médicos de ambas orillas⁵.

En Uruguay la historiografía académica ha estado ausente del debate sobre la posible vinculación entre el control social y el desarrollo de la psiquiatría, por lo cual no abundan los trabajos monográficos en esa dirección. Sin embargo, contamos con algunas aproximaciones que creemos importante señalar. En primer lugar, cualquier trabajo que se proponga estudiar la vinculación entre el control social y el desarrollo de la medicina local debe tomar como base la obra de José Pedro Barrán *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. El historiador uruguayo planteó, en los tres tomos de este trabajo, que desde la segunda mitad del siglo XIX la sociedad uruguaya avanzó hacia un proceso de *medicalización* que provocó una creciente presencia de los médicos en la vida cotidiana, una monopolización del ejercicio de curar y de su influencia en las decisiones estatales. En su visión, la medicina fue fundamental en el proceso de disciplinamiento y la psiquiatría se incorporó como una pieza del poder garante de la “normalidad” a la que Barrán consideró a lo largo de toda su obra como la “*clave de bóveda del sistema de dominación*” (Barrán, 2010, p. 27).

A partir de la visión que elaboró Barrán sobre el rol de los médicos, la historiografía uruguaya actual puede complejizar el proceso con la incorporación de nuevas herramientas analíticas que han permitido repensar el proceso de institucionalización del control social a través de análisis de las estrategias de resistencia montadas por los sectores subalternos y las dificultades

⁵ Ello no implica desconocer los abordajes de la historiografía de la “locura” en Brasil, la cual ha abarcado todos los períodos históricos hasta la actualidad. Una visión similar tenemos del caso mexicano y los trabajos que se han aglutinado en el estudio del manicomio capitalino, conocido como *La Castañeda*. Por caso podemos destacar los trabajos de Cristina Rivera Garza (2001), Cristina Sacristán (2005, 2008 y 2009) o Andrés Ríos Molina (2009). Dialogaremos con estos y otros trabajos de la historiografía argentina a lo largo del texto.



para centralizar los deberes sanitarios de un Estado carente de recursos. Asimismo, nuestra propuesta se asienta en el enfoque del historiador argentino Diego Armus, quien ha planteado una historia sociocultural de la enfermedad que debe ser abordada “no solo como problema sino también como excusa o recurso para discutir otros tópicos” -que el mismo autor llama “metáforas asociadas a una cierta enfermedad”- que incluyen los procesos de profesionalización, los avatares de la medicalización, las instituciones y prácticas de asistencia, la función social de los médicos en el disciplinamiento (y la consiguiente perspectiva de los enfermos) y la posición del Estado en la construcción de infraestructura sanitaria (Armus, 2007, pp. 17, 18).

El trabajo se centrará en el estudio de fuentes históricas primarias a través de las cuales analizaremos el funcionamiento del Asilo de dementes, del Manicomio Nacional y de los espacios universitarios que se vincularon con estas instituciones. Se destaca la documentación disponible en el Hospital Vilardebó, la papelería de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública y del Hospital de Caridad que se preserva en el Archivo General de la Nación de Uruguay, las revistas dedicadas a cuestiones criminológicas y médicas, así como las tesis presentadas ante un tribunal examinador de la Facultad de Medicina.

El tratamiento a los enfermos psiquiátricos en la primera mitad del siglo XIX:

El Montevideo colonial no contaba con ningún establecimiento para el tratamiento de los enfermos psiquiátricos. Según diversas fuentes del siglo XVIII y de la primera mitad del XIX, los locos podían ser reclusos en los calabozos del Cabildo, junto a personas detenidas o procesadas por distintos delitos⁶. En el caso de las mujeres, y cuando se trataba de familias pudientes, podían ser enviadas a las celdas del Convento de San Francisco, donde mayoritariamente se dispensaba como tratamiento la concurrencia al ceremonial religioso que intentaba combatir la presencia demoníaca en la persona afectada por alguna patología psiquiátrica⁷.

⁶ Por caso se puede consultar la documentación de la Policía de Montevideo en la que se informaba sobre la remisión penitenciaria de distintos *locos*. Véase Archivo General de la Nación, Documentos de la Administración Central, Fondo Ex Ministerio de Gobierno y Ministerio del Interior, en especial cajas 785, 791 y 792, correspondientes al período 1829-1834.

⁷ Si bien es una visión de parte, ya que se trata de un médico que había cursado estudios de psiquiatría en Francia, véase el testimonio de Enrique Castro 1898, f. 131..



Hacia 1788 comenzó a funcionar en Montevideo, a iniciativa de la católica Cofradía de San José y la Caridad, el primer hospicio conocido como Hospital de Caridad. El establecimiento fue, hasta fines del siglo XIX, un espacio social en el que se combinaron (y confrontaron) religión y medicina, caridad católica y avance científico. En 1817, dos fincas linderas al hospital fueron incorporadas y utilizadas como enfermería femenina y “loquería”. La *Memoria Instructiva* del hospital — fechada en 1826— sostenía que desde el 15 de octubre de 1821 al 15 de mayo de 1826 habían ingresado al establecimiento 3130 enfermos, 11 de los cuales tenían alguna patología psiquiátrica (Murguía, Soiza Larrosa 1987, p. 104).

Al mismo tiempo, las crónicas y memorias de época dan cuenta de la presencia de los “locos” en las calles. Uno de los memorialistas más importantes del siglo XIX, Antonio N. Pereira, recordaba que con los “locos mansos” “se entretenían los muchachos” como pasaba con el llamado “Lotas”, que recorría la ciudad “muy liviano de ropa, abrazando a cuanta mujer encontraba en el camino”. La libertad era tal que convivía incluso con los niños (Pereira 1891, pp. 150, 151). En las clases medias y altas el “loco” de la familia era “escondido en el rincón más apartado de las casas, privado de toda libertad” o llevada, si era mujer, a algún convento o colegio religioso según reveló Enrique Castro en su tesis presentada en 1898 para egresar de la Facultad de Medicina (Castro 1898, f. 131).

El 28 de mayo de 1852, la Junta Económico-Administrativa de Montevideo —órgano rector de la ciudad que sustituyó a los cabildos coloniales—, se hizo cargo del Hospital de Caridad. Ese año se creó, bajo la órbita de la Junta, la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública. Fue la Comisión de Caridad la responsable del arribo al país de las primeras Hermanas de Caridad, provenientes de Génova. El 1° de diciembre de 1856 arribó el primer contingente de ocho religiosas pertenecientes a la Orden de Nuestra Señora del Huerto, y en 1857 lo hicieron veinticuatro más (Mañé, Pou Ferrari 2012, p. 88). El 18 de mayo 1860 presentaron sus votos definitivos las primeras cinco novicias nacidas en Uruguay. El punto es interesante también para plantear que originariamente las instituciones sanitarias locales no surgieron como un espacio medicalizado (pese al prestigio que comenzaron a gozar los médicos en Europa, por ejemplo), sino que se vincularon sobre todo con la religiosidad. Podríamos cuestionar si la recurrencia a las religiosas era solo una manifestación del catolicismo de los hombres y mujeres que integraban las comisiones de caridad. Probablemente, la decisión estuviera vinculada a un modelo de gestión, pero también a la



experiencia de las religiosas en establecimientos hospitalarios europeos así como a la ausencia total de personal capacitado en el país (aunque podríamos cuestionar en ese momento histórico quién sí lo era). La presencia de las religiosas implicó que se convirtieran en las únicas personas con capacidad para tomar decisiones sobre la marcha administrativa interna de los establecimientos, y si bien quedaban sometidas a la comisión, veremos que esa situación ocasionó tensiones y enfrentamientos.

El Asilo de Dementes:

Según cifras aportadas por Soiza Larrosa, la población interna con alguna psicopatía llegaba en 1856 a 34 personas y dos años más tarde a 40 (16 hombres y 24 mujeres) (Soiza Larrosa 1980, p. 107). Sin embargo, y al igual que en nuestros días, los médicos se resistían a la convivencia entre pacientes con enfermedades de naturaleza somática y aquellos con enfermedades de tipo psíquico. Ese mismo año se abrió en el hospital el llamado Departamento de Dementes. Sin embargo, según Soiza Larrosa, por intervención del presidente de la Comisión de Caridad Juan Ramón Gómez y del médico Francisco A. Vidal (quien había realizado sus estudios secundarios y médicos en París entre 1843 y 1857), la junta resolvió crear un asilo exclusivo de alienados. Con ese objetivo las autoridades de la ciudad arrendaron una casa quinta perteneciente al rico comerciante Miguel Vilardebó en la zona del Reducto.

El 17 de junio de 1860 fue inaugurado el primer Asilo de Dementes con 25 o 28 enfermos (el número varía según las fuentes). 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, un farmacéutico, los practicantes, el jefe de vigilancia y los sirvientes para los diferentes servicios. Funcionaba, al igual que en otros establecimientos una Comisión Auxiliar de la Comisión de Caridad, en la que se delegaban algunas tareas administrativas. El nosocomio era mixto (y lo seguiría siendo a lo largo de toda su historia) por lo que no se fundaron, como en otros países, establecimientos específicos para hombres o mujeres (véase Pita 2012).



El médico francés del Hospital de Caridad, Adolphe Brunel, consideró que con la creación del Asilo Uruguay “ha dado un gran paso” y destacó que además de estar aislados “ahora los dementes reciben buena ropa y una alimentación abundante y bien preparada; tienen agua abundante y un buen jardín bien ventilado donde en verano pueden ponerse a la sombra de los árboles”. Sin embargo, y apenas a dos años de la inauguración del asilo, también sostuvo que “todo esto no basta, puesto que el local en que se encierra es demasiado estrecho por el número de dementes a que está destinado” (Brunel 1862, p. 290). Según esta visión, las Hermanas de Caridad debían ser consideradas por los sirvientes “como superiores” y estarían presentes en las visitas realizadas por el médico “para poder darle todos los pormenores que pida sobre cada enfermo”. Asimismo, de ellas dependía “la distribución de los alimentos”, la limpieza y la vigilancia de “la conducta de los empleados inferiores y con especialidad la comportación [sic] de los enfermeros para con los dementes, haciendo que estos sean tratados con paciencia y dulzura” (Brunel 1862, pp. 320-329).

En 1874 atendían a los 325 pacientes del Asilo dos médicos, doce sirvientes y siete hermanas de Caridad (*Proyecto del presupuesto 1874*, planilla n° 3). Esas siete hermanas también prueban que la presencia religiosa dentro del establecimiento no era significativa. Sin embargo, la correlación de fuerzas se modificaba ya que los sirvientes solo respondían a las religiosas. Las cifras dan cuenta de que probablemente la presencia de pocos médicos —pese a sus limitadas funciones— no alcanzaba para cubrir la creciente demanda generada por el aumento de pacientes. El crecimiento en las internaciones se constata al relevar las discontinuadas cifras anuales entre 1860 y 1879 (sin tomar en cuenta 1862-1863, 1868, 1870, 1873 y 1875, años para los cuales no obtuvimos información).

1860	28
1861	68
1864	130
1865	102
1866	127
1867	124

1869	64
1871	181
1872	115
1874	325
1876	400
1877	420
1878	486
1879	542

Elaboración propia a partir de Vaillant (1873, p. 106); *Memoria de la Comisión de Caridad* 1879; Acevedo (1934, p. 140).

Aunque incompletas (y probablemente con sub-registro), las cifras dan cuenta de un dato evidente que es el aumento de la población interna. Esto provocó una situación de hacinamiento y de precariedad, por lo que fue imprescindible anexar terrenos linderos y ocupar construcciones de la quinta que no estaban en el mejor estado⁸. Un dato incontestable que contribuye a entender ese aumento de la población interna es el uso del asilo como un espacio de reclusión de delincuentes por parte de la policía, en especial la montevideana, que de ese modo evitaba el hacinamiento en la cárcel del Cabildo (única penitenciaría del país hasta 1888). Sin embargo, el significativo incremento en el número de pacientes no se puede explicar solo por el confinamiento de vagos o presuntos delincuentes. El crecimiento de los internos podría revelar las soluciones institucionales canalizadas a través del creciente Estado uruguayo generador de nuevas dinámicas sociales y punto nodal de redes e intereses diversos (religiosos, profesionales, familiares, policiales, locales).

⁸ El problema del hacinamiento es un fenómeno mundial, para el período aquí trabajado como para otros momentos históricos. Importa sin embargo destacar que el Asilo era único en el país, por lo que resulta natural que las remisiones que se producían desde los departamentos provocaran la sobrepoblación. En otros países, como Brasil o Argentina por ejemplo, la existencia de nosocomios estatales o regionales contribuyó a que el número de pacientes o reclusos no fuera tan elevado, aunque la mala administración y la escasez de recursos también fue característica (sobre Argentina véase Bassa 2005, pp. 114-135; sobre Brasil Freitas 2013, pp. 113-128).

“El palacio de locos”⁹:

Pese a la estrechez en sus dimensiones y a los innumerables problemas que comenzó a presentar el hacinamiento de pacientes, así como las dificultades de convivencia entre médicos y religiosos —que veremos más adelante— el establecimiento era para el país motivo de orgullo, progreso y admiración. No obstante, en el año 1876 se inició la construcción de nuevas plazas y la reforma de todo el edificio central del Asilo. El nuevo edificio del hospital, que pasaría a llamarse Manicomio Nacional, fue proyectado por el ingeniero Eduardo Canstatt, director general de Obras Públicas de Montevideo, quien en 1876 presentó los planos inspirados en el parisino hospicio de Sainte Anne, inaugurado ese mismo año en la capital francesa y que el profesional visitó en un viaje de estudio.

El manicomio se inauguró el 25 de mayo de 1880 y contó con la presencia de la plana mayor de las autoridades civiles, incluido el presidente interino Francisco A. Vidal, y religiosas. En su discurso inaugural Julio Pereira, presidente de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, luego de saludar a todas las autoridades, llamó al nuevo edificio un “verdadero monumento” que “la caridad ha levantado después de muchos afanes, para Asilo de la Humanidad que viene a reclamar un consuelo y un alivio a su inmensa desgracia”. La construcción de un “suntuoso edificio” fue señalada como la práctica “de la caridad con verdadero lujo”. Lo particular de la alocución es la ausencia de consideraciones médicas y científicas. Por el contrario, Pereira destacó a “las hermanas de Caridad, bella y benéfica institución, tipo sublime de la mujer compañera fiel e inseparable siempre, en nuestras desgracias y padecimientos” (Discurso reproducido en Gorlero Bacigalupi 1980, pp. 92, 93).

La administración interna del manicomio fue confiada a doce hermanas de Caridad. Las tareas de las hermanas, secundadas por sirvientes y sirvientas, se repartían en la supervisión de la higiene, el régimen alimenticio, el tratamiento terapéutico y la actuación médica. Además administraban la despensa, la cocina, el lavadero y los primeros talleres para laborterapia así como

⁹ Nombre utilizado por un periodista del diario *La República* para referirse al nuevo establecimiento.



la capilla. El número de médicos no aumentó. El primer director médico fue el Dr. Ángel Brian y el primer médico del establecimiento el Dr. Ángel Canaveris.

La influencia de lo religioso en la vida médica era tal que, por ejemplo, la Comisión del Hospital de Caridad prohibió el retiro de cadáveres no reclamados para las clases de anatomía y negó el uso de las instalaciones del hospital para la realización de trabajos de disección. Otro problema que enfrentó a profesores de la Facultad con las religiosas fue la resistencia de las últimas para que los estudiantes de Medicina (e incluso los propios médicos) ingresaran a las salas de mujeres. En 1884 decía el, en ese entonces, estudiante de la Facultad de Medicina Andrés Crovetto sobre las religiosas:

Mandan más ellas que el médico. En el tiempo que estuve de practicante tuve que sostener verdaderas batallas. En el departamento de mujeres, son dueñas absolutas, en el tiempo que fui practicante de nuestro Asilo de alienados, si me preguntaban del estado de alguna enferma podía dar tanta razón de ella, como el portero del establecimiento, porque solo las veía entrar, a la mitad de las enfermas no las conocía ni de vista. Las hermanas creo que las observan y dan noticia de su estado al médico, dan el trabajo que creen conveniente y las aplican los medios de corrección (Crovetto 1884, p. 49).

Los casos son ilustrativos de la división de poderes que regía la asistencia sanitaria en el país, en tanto los hospitales estaban en manos de un cuerpo no médico, pero a su vez desde 1876, año inaugural de los cursos en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se estaba formando la primera generación de médicos que trabajaba de forma restringida. En 1882, *La Gaceta de Medicina y Farmacia* reclamó mayor presencia de médicos en el manicomio e insistió en que “mientras los hospitales no estén dirigidos por médicos en todos los ramos de la administración, no podrá haber jamás un buen servicio administrativo e higiénico”, porque ellos eran “los únicos llamados a guiar la marcha regular de esos establecimientos” en “armonía con las necesidades y el adelanto diario de las ciencias médicas” (*La Gaceta de Medicina y Farmacia* 1882, p. 143).

Incluso eran varios los políticos que, guardando las formas, destacaban el rol de lo religioso y caritativo pero comenzaban a dar mucha relevancia a la presencia de los médicos y a las consecuencias de su actuación. Una síntesis conciliadora se encuentra en el discurso pronunciado por el ministro de Gobierno Julio Herrera y Obes en 1888, durante la celebración de los cien años del Hospital de Caridad. En su alocución destacó que en los asilos públicos (“refugios abiertos a toda



hora y en todo tiempo al dolor y a la miseria”) “la Medicina tiene como el astrónomo sus grandes observatorios para buscar en la oscuridad de las enfermedades remedio y alivio para las dolencias del cuerpo”, pero al mismo tiempo “la religión su culto para derramar sobre las heridas del alma el bálsamo dulcísimo de la resignación y de la fe”. Sin embargo, podríamos pensar que pese a ese intento por relacionar los dos polos que comenzaban a marcarse y enfrentarse, los médicos no estaban de acuerdo con la idea de “resignación”, sino que, por el contrario, intentaban mostrar una legítima intención de “curar” a los enfermos, asentada en una visión científica de su tarea alejada de la “suntuosidad de la filantropía tradicional de nuestro pueblo, filantropía que heredó con sus demás virtudes características, de la magnánima raza a que pertenecemos” (Hospital de Caridad 1889, p. 99).

El proceso por el cual lo religioso comenzó a perder potestades en la vida pública del Uruguay fue paulatino: se inició a fines de la década del setenta del siglo XIX, se intensificó en la del ochenta y duró hasta la segunda década del siglo XX. A partir de la década de 1870 las instituciones centrales se hicieron cargo de varias tareas que hasta entonces estaban en manos del catolicismo (Registro Civil, cementerios, hospitales), sustitución que no se produjo sin sobresaltos. Al mismo tiempo, varios políticos del período iniciaron una cruzada contra la Iglesia Católica y lo que entendían como su injerencia indebida en las decisiones estatales, pero también en la vida cotidiana (Caetano, Geymonat, 1997; Caetano, Geymonat, Greising, Sánchez, 2013). Una fuerte corriente anticlerical y antirreligiosa se manifestó entre distintas tendencias políticas, que comenzaron a denunciar la influencia de la Iglesia Católica en varias áreas, entre ellas la asistencia sanitaria.

Algunas decisiones de la época fueron moldeando las nuevas características de los establecimientos hospitalarios y de la vida sanitaria del país. El 31 de mayo de 1878 el gobernador provisorio, Coronel Lorenzo Latorre (quien había asumido el gobierno de facto en marzo de 1876), cesó en sus funciones a la Sociedad de Beneficencia Pública de Señoras como primer paso para una nueva “organización que tiene proyectada en beneficio de los Establecimientos de Caridad” (Colección Legislativa 1878, pp. 100, 101). La medida quedó sin efecto luego de la renuncia del gobernador provisorio en 1880, pero el proceso por el cual los hombres y las mujeres vinculados al catolicismo y con una importante actuación en la comisión perdieron influencia ya se había tornado incontenible, aunque no fue abrupto.



Otro paso fue el decreto promulgado por el Ministerio de Gobierno el 31 de diciembre de 1886 por el cual cesó la intervención de la Junta Económico-Administrativa de Montevideo en los hospitales y casas de beneficencia, que pasaban a ser dependencias nacionales regidas por las disposiciones del Ministerio de Gobierno. De este modo, el Estado intervenía en pleno y convertía a la comisión en un ente nacional y no solo en una institución municipal. El segundo artículo del decreto estableció que pasaría a manos del ministerio “la superintendencia del Hospital de Caridad, casas de Beneficencia y Administración de Lotería y Administración de las Rentas adscritas a esos ramos” (Colección Legislativa 1886, p. 324). Podríamos pensar que el penoso estado del fisco fue un motivo para generar una decisión de este estilo, ya que el propio Estado suplía de forma mensual las deudas generadas por los hospicios y asilos públicos. La comisión se negaba a la intervención de las autoridades civiles en sus decisiones, pero dependía de las instituciones estatales para subsistir. Seguramente, la intención de los gobernantes fue poner un freno a esa situación. La Comisión de Caridad no desapareció, sino que siguió en funciones y se integró con hombres que venían actuando en ese ámbito y con otros que se incorporaron como consecuencia de los cambios. Otra transformación importante que introdujo el decreto fue el nombramiento del Ministro de Gobierno como presidente de la Comisión de Caridad y la sujeción de los movimientos económicos a la fiscalización de la Contaduría General del Estado (Colección Legislativa 1886, p. 325).

Deberíamos asignar cierto nivel de relevancia a las características y atributos de la estatidad, que no pasó solo por la marginación de las instituciones religiosas en tanto religiosas, sino en la voluntad de comenzar a controlar todas las instituciones públicas. Por eso, más que un mero reemplazo, en el caso aquí estudiado (pero que podríamos extrapolarlo a otros ámbitos públicos) lo que hubo fue una resignificación de viejas prácticas, como el apoyo a los pobres, y un clima de negociación política y tensión a través del Estado y sus agentes y las viejas instituciones.

Una nueva ley del 20 de julio de 1889 estableció que la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública tendría carácter nacional y debería rendir “cuentas trimestralmente al P. E. de la inversión de los fondos y rentas cuya administración se le confía”. A esta comisión incumbiría la administración de la Lotería de la Caridad y de los demás bienes y rentas destinados al sostén de los establecimientos (Colección Legislativa 1889, pp. 191, 192). Podríamos considerar esta disposición como parte de una etapa que marcó el involucramiento del Estado en las políticas sanitarias a través de su voluntad por apropiarse de todos los servicios. Se trataba de un Estado mínimo y con grandes

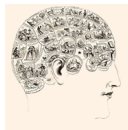


carencias económicas, pero dispuesto a batallar para evitar la superposición administrativa y - muchos así lo entendieron- restar injerencia a la Iglesia Católica.

Al mismo tiempo, la intervención estatal en las finanzas de las comisiones provocó una discusión pública sobre el concepto de la *caritas*. La caridad como un impuesto al que podríamos considerar moral para el hombre patricio, católico y decimonónico, se convirtió a fines del siglo XIX y entrando el siglo XX en una serie de obligaciones impositivas para el hombre laico, burgués (y por ende defensor de la racionalidad económica), ahorrativo y partidario de un contrato de obligaciones y derechos con el Estado. Diversas disposiciones gravaron algunos artículos de consumo y el abasto de carne, o cobraron patentes adicionales a las compañías extranjeras, al tiempo que usaron lo recaudado para financiar el mantenimiento de las casas dependientes de la Comisión de Caridad. Según los datos elaborados por el sociólogo Luis Eduardo Morás, ese auge impositivo provocó el descenso del financiamiento caritativo que pasó de ser 69,4 % del presupuesto total de la comisión en 1891, al 41,2 % en 1912 (Morás 2000, p. 20). Sin embargo, importa señalar que más del 40 % del presupuesto dependía aún de donaciones y de beneficencia (aunque no se las llamara así), lo que reafirma una vez más nuestra idea del proceso de sustitución paulatino de la caridad por una mayor presencia estatal.

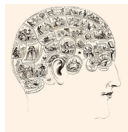
Las reformas fiscales de comienzos del siglo XX no fueron radicales, pero permitieron replantear el problema acerca del rol del Estado. Por tanto, la secularización se mezcló con la legitimidad de un Estado que aumentaba su carga impositiva pero debía justificar qué hacía con ella (más cuando el dinero de los contribuyentes iba a parar a casas que atendían a los desechos sociales, como niños huérfanos, sifilíticos, prostitutas o enfermos psiquiátricos). En ese sentido podríamos pensar que antes de un convencimiento científico acérrimo, los principales hombres públicos del momento partidarios de la secularización, si bien comulgaban con buena parte de esas ideas, tomaron las decisiones por pragmatismo antes que alentados por una visión teórica consistente¹⁰.

¹⁰ A su vez podríamos pensar que la secularización pudo ser interpretada por los reformistas como un tipo de modernización que permitiría frenar y eventualmente controlar los cambios sociales peligrosos. No hay que olvidar que la actuación de los médicos y los hombres públicos partidarios de la secularización tuvo lugar en un contexto de cambios sociales importantes, con el aumento del flujo migratorio transoceánico, de la planta urbana o la aparición de organizaciones sindicales, que provocaron la preocupación de los sectores dirigentes.



El debate de la fiscalidad se imbricó con una reconceptualización sobre la función del Estado, el cual abandonó el abstencionismo característico del liberalismo decimonónico por una visión que a comienzos del siglo XX (y en especial con el ascenso de José Batlle y Ordóñez a la presidencia en 1903) concibió al Estado como un instrumento de conciliación. No obstante, consideramos pertinentes las puntualizaciones sobre el rol no interventor del Estado que realizaron los historiadores José Pedro Barrán y Benjamín Nahum, al sostener que en algunos planos el Estado tuvo una participación muy fuerte (leyes fiscales y de protección aduanera, creación de un banco nacional, colonización de tierras fiscales, puertos, ferrocarriles, carreteras, primeras discusiones con la Iglesia en la década del setenta del siglo XIX, etc.), que cuestiona la idea de un liberalismo ortodoxo (Barrán, Nahum 1982, pp. 18-20). A ello podríamos agregar que, probablemente al igual que en todo el continente, el naciente Estado uruguayo se debatió entre la inestabilidad política y las arcas fiscales disminuidas que le impidieron hacerse cargo de todas las funciones para asistir a la población. De forma paulatina, las religiosas (y por ende los religiosos) fueron desplazados de la conducción y administración de la casa de salud a favor de una administración científica y, sobre todo, laica. El cambio no fue solo administrativo, sino que los médicos impusieron su voluntad de sustituir lo que entendían eran tratos inadecuados para los pacientes e insistieron que era imprescindible abandonar los castigos y las violencias del pasado por un trato que buscaba reprimir sin golpear. En varios textos médicos del período encontramos la descripción de “cuadros de horror” de los cuales “eran víctimas los desgraciados orates” (Crovetto 1884, p. 15). Esta visión contribuyó a la construcción de una suerte de “leyenda negra” sobre el accionar del catolicismo, asociado a la descripción del tratamiento conferido por las religiosas a los internos del Manicomio, sin tener en cuenta que las casas de caridad también tenían un componente humanitarista muy vinculado a la doctrina católica. Con un discurso que pedía un cambio administrativo cada vez más científico, los médicos se lanzaron a la carrera de sustituir a los religiosos y abandonaron su posición de subordinación, incluso se sublevaron y consolidaron su presencia y, como en toda lucha de posiciones, la presencia garantizó su poder.

La contienda que enfrentó a religiosos y sus seguidores contra anticlericales, laicos o directamente contra quienes se oponían al poder político de la Iglesia Católica (al menos en ese plano las ideologías importaron poco pues en algunas áreas lo que los grupos reformistas entendían



como “progreso” invitó al consenso), implicó la disputa por el reemplazo de la caridad privada y la beneficencia pública para la incorporación al Estado de los servicios de salud.

La creación de la Asistencia Pública Nacional:

Los actores y agentes involucrados en el sistema se arrogaron la potestad de establecer las nuevas reglas de funcionamiento. La “asistencia pública” fue el nuevo concepto con el que el Estado y los políticos oficialistas comenzaron a tratar a los sectores sociales más desprotegidos (enfermos pobres, niños expósitos, vejez abandonada). Se trataba de un tipo de asistencia social que no se remitió en forma exclusiva al ámbito de la salud sino que lo excedió (y esa sería la tónica durante la primera mitad del siglo XX). El inicio del proceso marcó un segundo momento en la modernización estatal que había comenzado en la década del ochenta del siglo XIX. Con los establecimientos creados por las instituciones religiosas como punto de partida, el Estado laicizó y reorganizó la atención sanitaria pública.

Al mismo tiempo tuvo lugar un proceso de imbricación entre la actividad médica y la política, ya que varios de los médicos que comenzaron a regir los destinos de la asistencia sanitaria del país iniciaron sus carreras políticas (caso de José Scosería o Santín Carlos Rossi, dos de los psiquiatras más destacados el período). La Universidad cumplió un papel importante como canal de reclutamiento de esos nuevos dirigentes que ingresaban a la vida política amparados en su carrera profesional. Para el caso argentino Eduardo Zimmermann (1995, pp. 59, 60) interpretó esta situación como una forma de superar las diferencias políticas, ya que más allá de la ideología que pregonaban los hombres del pasaje de siglo encontraron acuerdos en la fundamentación científica de las propuestas de reforma social o sanitaria elaboradas. Podríamos pensar que una situación similar se dio en Uruguay.

La designación en 1905 del médico José Scosería como presidente de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública fue interpretada por los sectores católicos como “el resultado de una abierta campaña de intransigencia, de tiempo atrás llevada a cabo por ciertos elementos adversos al régimen actual de las casas de caridad de nuestro país” (*El Bien. Órgano de la Unión Católica del Uruguay*, 5 de agosto de 1905, p. 1) El diario *El Día* consideró el hecho como un “triumfo de la tendencia liberal sobre la tendencia católica” (*El Día*, 5 de agosto de 1905, p.1). El católico *El Bien*,



en una clara actitud clasista, sostuvo que la medida era una manifestación de división social y discordia “que fácilmente se encarnan en las masas populares”. Scosería era, según esta visión, predicador de “un falso liberalismo” formado por la “intolerancia en materia religiosa” (*El Bien*, 6 de agosto de 1905, p. 1). El mismo año entró en funciones un nuevo Consejo de Higiene Pública presidido por el médico Gabriel Honoré y que tenía por vicepresidente al psiquiatra Andrés Crovetto, férreo defensor de la secularización (Archivo General de la Nación, Consejo de Higiene Pública, paquete 1904-1906, carpeta 397).

Poco antes de su sustitución, el hasta entonces presidente de la comisión, Luis Piñeyro del Campo, elaboró una memoria retrospectiva que podríamos considerar una defensa católica de la institución. En ella enumeró algunas de las “nobles y vastas tareas” llevadas a cabo desde 1852 hasta la fecha, que habían permitido cumplir con los sectores más desvalidos de la sociedad (Comisión Nacional de Caridad 1905, p. 10). Consideró que la sucesión de leyes que había colocado a la Comisión en la órbita estatal —recordemos, la primera era de 1889—, había roto “el espíritu de cuerpo y de tradición, dos grandes elementos de recta administración” y puesto “a merced de los intereses o de las doctrinas del momento la suerte de los establecimientos públicos de Caridad” (Comisión Nacional de Caridad 1905, p. 16).

Entre las medidas adoptadas por Scosería como nuevo presidente, se encuentra la designación al frente de las instituciones hospitalarias de varios de sus colegas de tendencia “liberal”. Otra disposición fue la “resolución por la cual, queda absolutamente prohibido obligar a los pacientes que allí se asisten, a confesarse” como “asimismo a los enfermeros y sirvientes concurrir a misa los domingos y días festivos, debiendo ser todos estos actos absolutamente voluntarios” sin que “se ejerza presión alguna sobre enfermos y sirvientes”, algo que según el diario católico que informaba “no innova en absoluto, pues no es un misterio para nadie que la misión de las beneméritas hermanas se ha concretado en este particular a un mero consejo, jamás a una imposición” (*El Bien*, 29 de agosto de 1905, p. 1).

El 6 de julio de 1906, la Comisión Nacional de Caridad prohibió en las casas bajo su dependencia “la ostentación de emblemas de ninguna religión positiva”, con excepción “de los lugares destinados al culto y al alojamiento del personal religioso”. Esto afectaba directamente a las religiosas católicas que debieron retirar los crucifijos de todas las salas hospitalarias (*El Siglo*, 7 de julio de 1906, p. 4). El símbolo característico de la Comisión de Caridad, heredado de la Cofradía de



San José, formado por un corazón con una cruz al frente y un ancla por debajo, se substituyó por el escudo nacional.

En 1908 se comenzó a discutir la reforma sanitaria. Bajo la administración del presidente Claudio Williman (sucesor de Batlle) se creó en 1908 una comisión compuesta por médicos, legisladores y funcionarios, con el cometido especial de estudiar la reorganización de la asistencia pública en sus diversas ramas y elaborar un plan de trabajo para cambiar el funcionamiento de todos los establecimientos. El resultado del trabajo de ese grupo fue el proyecto de Ley de Asistencia Pública “cuyo rasgo dominante –según el psiquiatra batllista Santín Carlos Rossi- es el de haber quitado a esta importantísima función pública el aspecto humillante de la caridad, para hacer de ella, de acuerdo con las ideas modernas, un primordial deber del Estado” (Rossi 1916, p. 372). Los batllistas (ala radical dentro del gobernante Partido Colorado y seguidores de Batlle y Ordóñez) discutieron la posible reforma en función de la racionalidad económica, la existencia de múltiples e innecesarias comisiones auxiliares y lo combinaron con ataques hacia la Iglesia Católica a la que consideraban como la principal responsable de una institucionalidad vetusta y de un concepto de caridad perimido y funcional a la injusticia social. Según la visión del diario oficialista *El Día* el concepto caritativo imperante no contemplaba las “graves injusticias que provienen casi todas ellas de la causa de que emanan las divisiones más profundas que existen en los hombres, de la desigual distribución de las riquezas”, por lo que la caridad debía dejar “de ser un principio de moral cristiana en su fondo y en su forma, para convertirse en un principio de justicia social”. Sin embargo, era el Estado el garante de esa justicia y no la “gracia de Dios” (*El Día*, 26 de febrero de 1908, p. 1). Este clima de confrontación fue el preludio de la aprobación de la ley de Asistencia Pública que provocó enconados debates en la prensa y en el Parlamento en relación con la conveniencia o no de modificar el sistema imperante.

En este clima de debate el manicomio no permaneció indemne. El diario oficialista *El Tiempo* dedicó dos notas (de una serie sobre las “casas de caridad”) donde denunció la situación de los enfermos psiquiátricos:

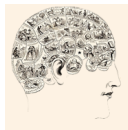
Entre las personas no iniciadas en el estado actual de nuestra Asistencia Pública es opinión muy generalizada la de suponer que el Manicomio Nacional es un establecimiento modelo en su género y que quizá marca el jalón más avanzado como asilo de alienados en la América del Sur. Por desgracia esta creencia que a fuerza de ser equivocada parece ser ridícula, ha predominado durante muchos años en el seno del gobierno y entre las personas dirigentes



de nuestras casas de caridad, a quienes no ha llegado nunca la verdadera situación en que se encuentran los socorridos por la sociedad (...). El establecimiento del Reducto puede considerarse tan dejado a la mano de Dios, por así decirlo, como el Hospital de Caridad. El pie en que se encuentra hoy es no solo la negación más absoluta de la moderna psicoterapia, sino también, cual la casa de Maciel, la más absoluta negación de la higiene (*El Tiempo*, 1 de marzo de 1908, p. 1).

El artículo, probablemente escrito por un médico o con la guía de un especialista, reviste interés puesto que su redactor considera que en el manicomio se negaba “*la moderna psicoterapia*” (del mismo modo que en el Hospital de Caridad se daba “*la más absoluta negación de la higiene*”). El primer problema era la falta de espacio y los salones comunes en lugar de pabellones que impedían “el tratamiento de las distintas clases de psicosis, que reclaman una clasificación rigurosa de enfermos y una separación absoluta entre los afectados de las diversas formas de alienación” (*El Tiempo*, 1 de marzo de 1908, p. 1). En la nota siguiente el articulista insistió en la falta de espacio que provocaba, según sus cifras, que mil quinientos enfermos se alojaran “en dormitorios que solo tiene capacidad para seiscientos asilados”. La vigilancia de todos los enfermos hombres estaba a cargo de catorce serenos, lo que llevaba a la suspicaz pregunta sobre qué sucedería en caso de una movilización o sublevación de los internos. “Hay que pensar qué significa el esfuerzo de catorce hombres distribuidos en todo el manicomio para vigilar a novecientos hombres desequilibrados”. Y “hay que convenir en que si poca puede ser su eficacia, no lo será mayor la que puedan ejercer en el servicio de mujeres una hermana de caridad y dos o tres serenas”. Las malas condiciones favorecían el desarrollo de otro de los temores más extendidos de la época: la tuberculosis “que aquí, mejor que en el Hospital, halla un medio espléndido para su propagación por la desnutrición permanente de organismos, cuyo funcionamiento está mal regulado por el sistema nervioso enfermo”. Finalizaba la nota con el reclamo para la construcción de una “colonia de alienados” que “desahogaría el establecimiento de gran cantidad de enfermos, haciéndolos útiles por sus aptitudes, ya que no pueden ser destinados a los talleres existentes en la casa” (*El Tiempo*, 3 de marzo de 1908, p. 1).

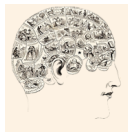
El cuestionamiento a la situación del Manicomio se produjo mientras se instalaba la primera cátedra con médicos especializados en enfermedades psiquiátricas. La creación formal de la Cátedra de Psiquiatría tuvo lugar en 1907, pero recién al año siguiente contó con un responsable académico, tarea que recayó sobre Bernardo Etchepare. En el comienzo de la cátedra la asistencia



a las clases de Psiquiatría no era obligatoria y el examen se rendía en el cuarto año de la carrera, junto a los exámenes de Higiene y Medicina Legal. Sin embargo, por disposición del Consejo de la Facultad de Medicina del 26 de abril de 1912 se estableció la concurrencia obligatoria al curso y se situó el examen en el quinto año de la carrera (Universidad de la República 1915, pp. 262-264). Dentro del manicomio la cátedra contaba con dos servicios para la observación, uno de hombres y otro de mujeres. Además, los estudiantes tenían contacto con enfermos crónicos o tranquilos y de forma ocasional podían recibir pacientes llamados agitados. Hasta la secularización definitiva del establecimiento, con la aprobación de la ley de Asistencia Pública Nacional, los estudiantes seguían sometidos a las disposiciones de las religiosas quienes, entre otras cosas, se mostraban reacias a la observación de mujeres.

No sabemos cuál fue el número de estudiantes en el período considerado, aunque estimamos que no se trataba de un grupo cuantioso. Incluso podríamos cuestionar si es viable referirse a los primeros médicos especializados en este tipo de afecciones como psiquiatras, habida cuenta de que los límites entre las especialidades eran aún muy difusos. Es decir, los médicos del período mostraban cierta inclinación al trabajo clínico en un área concreta pero también compartían intereses comunes y se involucraban en todas las áreas.

Desde comienzos del siglo xx varios de los psiquiatras uruguayos se volvieron de forma paulatina referencias a nivel regional y montaron un sistema de vínculos y redes académicas que se plasmaron en intercambios, en la publicación en revistas argentinas, brasileras y chilenas, y en la participación en los congresos científicos latinoamericanos y panamericanos organizados por distintas sociedades científicas del continente. Asimismo, varios médicos o estudiantes de medicina viajaron a Europa donde tuvieron contacto con otras instituciones de salud mental o participaron de cursos en universidades europeas, en especial francesas. Esos vínculos y la preocupación por estar en sintonía con la disciplina en Europa y en el resto de América dan cuenta de la situación del campo psiquiátrico en el país que se encontraba en pleno proceso de crecimiento. Si consideramos que la circulación del pensamiento médico también dependía de las publicaciones científicas internacionales, la presencia en la biblioteca del manicomio de libros y revistas actualizados permite ver que los médicos y los estudiantes uruguayos estaban interiorizados de las discusiones que tenían lugar en todo el mundo. Entre ellos se destacan varios tomos de la argentina *Revista de Criminología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, los franceses *Annales Médico-Psychologiques*. *Journal*



de *L'Aliénation Mentales et de la Médecine Legale des Aliénés*, una de las publicaciones psiquiátricas más prestigiosas de la época, o la colección bibliográfica reunida en la *Bibliothèque Internationale de Psychologie Expérimentale Normale et Pathologique*.

El impulso estatal confirió nuevas potestades a los médicos y favoreció que la psiquiatría ganara un lugar como una disciplina importante dentro del campo médico. Al mismo tiempo, cobró relevancia en la vida cotidiana de la población a través de una serie de prácticas y recomendaciones que buscaban alejar a la población de vicios (alcohol, sexualidad irrefrenable, por caso) que podían derivar en alguna manifestación psicopatológica. Pero fue gracias a la aprobación de la ley de Asistencia Pública que los psiquiatras tomaron por “asalto” el Manicomio y expulsaron definitivamente a las religiosas y los religiosos.

La Cámara de Representantes comenzó a discutir el proyecto de ley de Asistencia Pública el 11 de junio de 1910. El proyecto aprobado, y promulgado el 7 de noviembre de 1910, dispuso en su primer artículo que “toda persona que carezca de recursos proporcionados a la asistencia o amparo que requieran sus circunstancias, tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado con arreglo a la presente ley y su reglamentación”. Esto comprendía a los enfermos pobres, a los “alienados”, los “ancianos inválidos y crónicos”, “niños expósitos y huérfanos”, “embarazadas y parturientas” y a la infancia en general. Quedaban “bajo la dirección y administración de la Asistencia Pública Nacional, todos los establecimientos nacionales o municipales” que funcionarían en la órbita del Ministerio del Interior (sustituto del Ministerio de Gobierno el 12 de marzo de 1907). De este modo la Asistencia Pública Nacional sustituyó a la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública (Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes, 1911, p. 282). El nuevo Consejo de la Asistencia Pública quedó constituido por 21 miembros honorarios, designados por el Poder Ejecutivo (“14 ciudadanos que reúnan las condiciones necesarias para ser electo senador, dos profesores de clínica de la Facultad de Medicina, un miembro del Consejo Nacional de Higiene, el director de Salubridad de la Capital y tres médicos de los hospitales o asilos dependientes de la Asistencia Pública”), que durarían seis años en sus funciones (*La Asistencia Pública* 1913, p. 8).

Con la aprobación de la ley quedó consagrado el derecho de asistencia, considerado el “más alto solidarismo científico” (*Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes* 1911, p. 21). Para los redactores del proyecto la justicia social “no puede ser patrimonio exclusivo, ni consecuencia de las enseñanzas de determinada religión” ni la caridad era una “obligación moral”,



sino “un deber estricto de la sociedad” y al “Estado laico que lo reconoce y lo proclama inscribiéndolo en la ley”. En una visión que refutaba las teorías de Malthus, Spencer, Darwin y “la llamada Escuela liberal en economía política”, sostuvieron que:

[L]as sociedades modernas están muy lejos, por su organización, de respetar y favorecer la verdadera selección natural y no representan tampoco la encarnación del principio de la proporcionalidad que debe existir entre méritos y recompensas, pues son muchos los que trabajan sin alcanzar una compensación proporcionada a sus esfuerzos y viven en la miseria por las fallas e injusticias de nuestra organización social (*Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes* 1911, p. 21).

El derecho a la asistencia era “una reparación parcial y quizá tardía de esas injusticias”, una defensa del “derecho de vivir” y un auxilio “a aquellos que no pueden por sí mismos proveer a las necesidades de su familia” (*Diario de Sesiones de la H. Cámara de Representantes* 1911, p. 21).

La nueva ley implicó un cambio conceptual, pero también de tipo material ya que el nuevo modelo de gestión debía buscar recursos para subsistir y financiar obras y servicios. El financiamiento dejó de depender de la contribución voluntaria (y sin tope) y el Estado buscó mecanismos colectivos y obligatorios para presupuestar su accionar. Como señalamos, hasta la década del setenta del siglo XIX el concepto generalizado sostenía que la atención a las personas de escasos recursos y a los enfermos era una cuestión de *caritas* que correspondía a intereses privados. Por el contrario, los hombres públicos de la última década del siglo XIX y primera del XX entendían que el problema era estatal. De hecho, es significativo que en sus discursos o notas recurrieran poco a la idea de caridad: no nombrarla era una forma de negarla.

Por decreto del Poder Ejecutivo del 13 de febrero de 1911, elaborado a iniciativa del doctor José Scosería, el Manicomio Nacional pasó a denominarse Hospital Vilardebó, “en recuerdo y como homenaje a las altas virtudes y relevantes méritos del sabio y filántropo” (además de católico, podríamos agregar) “doctor Teodoro Vilardebó”, nombre que lleva actualmente (*Revista de los hospitales* 1911, p. 170). En mayo de 1911 se presentó un reglamento para el hospital, que debía ser aprobado por la Dirección de la Asistencia Pública Nacional que, según una nota de prensa, imitaba al del Hospicio de las Mercedes y Hospital Nacional de Alienados de Buenos Aires (*El Día*, 12 de mayo de 1911, p. 2). Entre las disposiciones se estableció que



[I]mpera en todos los establecimientos la más completa libertad de conciencia y de opiniones, estando absolutamente prohibido a todo empleado el pretender ejercer presión en forma alguna sobre la voluntad de asilados, enfermos, enfermeros o sirvientes en cuanto se refiera a ideas religiosas o políticas o a actos de conciencia, no pudiendo tampoco empleado alguno hacer diferencias en el trato y cuidados por razón de esas mismas ideas (Revista de los hospitales 1911, p. 171).

Según cifras aportadas por el historiador uruguayo Juan Rial, ese año el Hospital contaba con 1502 pacientes, pero la capacidad higiénica del establecimiento era de 600 personas y faltaban 453 camas (Rial 1980, p. 138). En 1913 la sección masculina del Hospital contaba con 4 salas de observación, 32 cuartos y 28 salas dormitorio con un total de 750 camas; por su parte la sección femenina disponía de 3 salas de observación, 12 cuartos, 34 salas dormitorio con 567 camas. El servicio médico dependía de cinco profesionales, parte de la primera generación de psiquiatras uruguayos: Bernardo Etchepare, Eduardo Lamas, Rafael E. Rodríguez, Abel Zamora y Camilo Payssé y de cinco practicantes encargados de las guardias nocturnas.

En la segunda década del siglo XX llegó a su fin la disputa entre el Estado y los privados por las problemáticas relativas a la salud pública. Al mismo tiempo, los médicos lograron ser reconocidos como los *savants* legítimos en materia sanitaria, ganaron en autonomía profesional y científica y continuaron con el señalamiento de los valores considerados más importantes para el desarrollo higiénico del país. Los psiquiatras lograban de este modo definir un campo profesional y alcanzar legitimidad y consenso en el ejercicio de una profesión que se presentaba como científica. Pero antes debieron montar la estructura que les permitió contar a comienzos del siglo xx con una serie de instituciones (hospitales públicos, Facultad de Medicina, etc.), redes (que abarcan desde la prensa popular a publicaciones científicas) y recursos económicos, todos coadyuvantes en la concreción de su propuesta de modernización social y en el estudio de las enfermedades psiquiátricas. Esto no ocurrió con la plena potestad del Estado en las instituciones sanitarias, sino que, por el contrario, durante cincuenta años los médicos encabezaron un proceso paulatino que les permitió contar con el dominio de las instituciones de asistencia pública, pese a que ese dominio y control lejos estuvo de ser absoluto.

La historiografía uruguaya ha insistido mucho en la posición anticlerical de buena parte de la clase política de la época, dispuesta a romper cualquier vinculación entre el Estado y la Iglesia. Si bien esa visión es absolutamente certera, es imprescindible pensar que en el caso de las



instituciones sanitarias también influyó el relevo de “poder” que pasó de los religiosos a los médicos, muchos de los cuales no eran anticlericales decididos, pero sí entendieron que la ciencia y la medicina debían recaer en sus manos. En ese sentido mostraron una posición celosa, defensora de su condición y se negaron a cualquier injerencia externa —religiosa— o a la participación en la asistencia sanitaria pública o privada de personas que no eran facultativos. Por tanto, en materia sanitaria los deseos de secularización no pasaron solo por una cuestión ideológica de rechazo a lo religioso, sino que también incidió sobre ellos el posicionamiento corporativo.

Consideraciones finales:

El objetivo central de nuestro trabajo fue estudiar el inicio, el desarrollo y las transformaciones institucionales y científicas que vivió la psiquiatría local en el tramo cronológico comprendido entre 1860 y 1910. Para eso nos concentramos en la historia institucional del Asilo de Dementes-Manicomio Nacional, en la situación de los primeros médicos que se especializaron en enfermedades psiquiátricas y en las discusiones filosóficas y políticas del período. Partimos de la decisión por fundar un asilo de dementes para evitar que los enfermos psiquiátricos siguieran viviendo en las calles o en establecimientos inadecuados, al tiempo que eran reclusos para una atención que se entendía adecuada. Con ese punto de partida encontramos un punto de inflexión entre la década del ochenta y la del noventa del siglo XIX, que coincide con la red denominación del hospicio como Manicomio Nacional pero también con los primeros cuestionamientos de los médicos a las religiosas que gobernaban el establecimiento. En otras palabras, señalamos que los cambios institucionales no se produjeron solo por una necesidad administrativa, sino que tras ellos se encontraba un cuerpo de ideas partidario de laicizar las instituciones sanitarias y la posición de los médicos, quienes buscaron extender su influencia no solo dentro de los nosocomios sino a toda la sociedad. En ese contexto, la psiquiatría se convirtió en una importante herramienta para difundir el pensamiento de los facultativos no solo relativo a las enfermedades mentales sino también en relación a hábitos o prácticas que era necesario erradicar. A su vez, hemos insistido en que esa separación no fue abrupta. Por el contrario, la primera generación de médicos locales (egresados de la Facultad de Medicina a partir de 1882) utilizó instituciones ya existentes, vinculadas a la Iglesia Católica y administradas por laicos consagrados (por caso la Comisión de Caridad y Beneficencia



Pública), que gozaban de cierto prestigio entre la población y aportaron un nuevo sesgo ideológico al que enmascararon con ideas de cientificidad.

El proceso que involucró al asilo-manicomio no fue exclusivo. Esa especie de triunfo médico por sobre el accionar religioso, que fue característico del pasaje de siglo, coincidió con la concreción de un archipiélago de instituciones disciplinarias que suplieron las funciones de la reclusión y favorecieron la tarea de los facultativos concentrada en el desarrollo científico y en la curación. Durante el período estudiado se fundaron, se desarrollaron y tuvieron los mismos problemas administrativos y de hacinamiento el Asilo de Mendigos (1860), el Asilo de Huérfanos (1875), la Escuela de Artes y Oficios (c. 1878), la Cárcel Correccional y Penitenciaria (1887), el Lazareto (1890) que, dependientes originariamente de comisiones de caridad y beneficencia, pasaron a la órbita estatal conforme avanzó el proceso de secularización. Por eso, antes que en la ruptura preferimos insistir en la idea de itinerario que finalmente consagró la asistencia sanitaria como un derecho durante el primer batllismo (1903-1915).

Esto también coincidió con la construcción de un Estado cada vez más interventor que abandonó algunos de los rasgos liberales característicos del período decimonónico. Al insistir en la cientificidad de las ideas y en la capacidad para curar los trastornos mentales, los médicos lograron dar un espaldarazo al proceso de secularización. Ante las denuncias de malos tratos a los pacientes y la reclusión y las promesas de sanación, estudio clínico y moralización de las costumbres, ¿a quiénes respaldaron los gobernantes? A los médicos. ¿Y la sociedad en general? No sin resistencia, también a los médicos. Todo ello legitimado por un contexto de ideas en el que la urbanización, el malestar ante la modernización, la movilización obrera y la intención de vincular al país con el mercado económico internacional, ambientaron la necesidad de disciplinar a la población, algo que, para las elites laicas del período, la Iglesia Católica no había logrado.

Al mismo tiempo, todo este proceso coincide con la constitución de un grupo profesional con intereses científicos, pero también políticos, que convirtió el dispositivo manicomial y la terapéutica aplicada en una plataforma dirigida a la normalización de los pacientes y contribuyó en la expansión de la nueva disciplina médica y en su legitimación científica y social. Fue a partir de la creación de la Cátedra de Psiquiatría que esta labor se formalizó e inició el proceso de estricta formación de doctores en medicina con especialidad en psiquiatría. Podríamos encontrar allí un punto de inflexión que permitió a los médicos comenzar a gozar de autonomía para el desempeño de sus funciones.



Pero esa autonomía también es necesario matizarla y debe ser estudiada no solo en contexto con un clima de ideas, sino también, y tal como lo ha hecho Zimmermann para el caso argentino, en relación con otras disciplinas. La posición médica se acompañó con una construcción jurídica sobre la situación de los enfermos psiquiátricos y la necesidad de establecer disposiciones claras para el ingreso o egreso de los pacientes de los establecimientos hospitalarios. La nueva arquitectura legal formalizó el tratamiento y la internación. Si bien entre 1860 y 1890 podemos encontrar un momento donde la formalidad importó poco, rápidamente la (conflictiva) alianza de médicos y abogados permitió que los alienados gozaran de algunos derechos. A comienzos del siglo xx médicos y abogados elaboraron un protocolo sobre las internaciones y ganaron una batalla contra la policía, que hasta entonces no reconocía la autoridad de los facultativos y abandonaba a los supuestos enfermos en las celdas de las comisarías, la prisión o en el asilo.

De este modo, los psiquiatras —como todos los médicos— comenzaron a ser responsables ante toda la sociedad. En ese ascenso tuvo un rol preponderante la Universidad de la República a través de la Facultad de Medicina, ya que permitió la circulación, discusión y apropiación de un cuerpo de ideas que se materializó en cursos, tesis de grado, artículos en revistas arbitradas y columnas en la prensa periódica que divulgaron los conceptos médicos y jurídicos sobre los enfermos psiquiátricos. Gracias a ellos la locura dejó de ser un problema individual y pasó a ser una temática de toda la sociedad, por ende de un contexto histórico que la determinó, la irradió y, por qué no, también la observó con cierto grado de fascinación ante el temor que despertaba ser ese otro “anormal”.

Referencias bibliográficas

Ablard, J. (2009), *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983* (Calgary: University of Calgary Press).

Acevedo, E. (1934), *Anales Históricos del Uruguay* (Montevideo: Barreiro y Ramos).

Archivo General de la Nación, *Historia de la Administración, Ministerio de Salud Pública, Hospital de Caridad de Montevideo*, libro 4837.

- Consejo de Higiene Pública, paquete 1904-1906, carpeta 397.

Armus, D. (2007), *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (Buenos Aires: Edhasa).



Barrán, J. P. (1992-1995), *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos* (Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, vols. I, II, III).

- (2010), *Epílogos y legados. Escritos inéditos/testimonios* (Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental).

Barrán, J. P.; Nahum, B. (1982), *Battle, los estancieros y el Imperio Británico* (Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental).

Bassa, D. (2005), "De La Pampa a Open Door. Terapias y tratamientos hacia los insanos en la primera mitad del siglo xx" en Ernesto Bohoslavsky, María Di Liscia (eds.), *Instituciones y formas de control social en América Latina. Una revisión* (Buenos Aires: Prometeo).

Brunel, A. (1862), *Consideraciones sobre higiene y observaciones relativas a la de Montevideo* (Montevideo: Imprenta de la Reforma Pacífica).

Caetano, G.; Geymonat, R. (1997), *La secularización uruguaya (1859-1919). Catolicismo y privatización de lo religioso* (Montevideo: Taurus).

Caetano, G.; Geymonat, R, Greising, C.; Sánchez, A. (2013), *El "Uruguay laico". Matrices y revisiones (1859-1934)* (Montevideo: Taurus).

Caimari, L. (2004), *Apenas un delincuente* (Buenos Aires: siglo XXI). Castro, E. (1898), *Legislación*

sobre alienados. Manuscrito de la tesis de Enrique Castro para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía (Museo Histórico Nacional: Manuscritos del Doctor Enrique Castro, tomos 1436 y 1437).

Colección legislativa de la República Oriental del Uruguay (1878) (Montevideo: Imprenta Rural).

Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay (1886) (Montevideo: Manuel Alonso Criado).

Colección Legislativa de la República Oriental del Uruguay (1889) (Montevideo: Editor Pedro Ortiz).

Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Sus establecimientos y servicios (1905). (Montevideo: Comisión Nacional de Caridad).

Crovetto, A. (1884), *Algo sobre manicomios*. Tesis para optar el grado de doctor en medicina y cirugía (Montevideo: Imprenta a vapor de La Nación).

Diario de sesiones de la H. Cámara de Representantes (1911) (Montevideo: El Siglo Ilustrado).

Duffau, N. (2011), "¿El infierno en Babel? Inmigración y delincuencia durante el período de la modernización en Uruguay" *Naveg@merica* (6).

- (2014), *Armar el bandido. Prensa, folletines y delincuentes en el Uruguay de la modernización*



(Montevideo: Universidad de la República).

Freitas, C. (2013), "Asilos de alienados. Entre cotidiano e enfrentamientos (1886-1920)" en Sebastião Pimentel F.; Dilene R; Ethel L. N., *Uma história brasileira das doenças* (Belo Horizonte: Finco Traço).

Gorlero Bacigalupi, R. (1980), "A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, (267): 87-97.

Hospital de Caridad de Montevideo (1889), *Reseña retrospectiva desde su fundación escrita con motivo de celebrarse el primer centenario el día 17 de Junio de 1888* (Montevideo: Establecimiento Tipográfico "La Nación").

La Asistencia Pública Nacional. Publicación Oficial de la Dirección General (1913) (Montevideo: Barreiro y Ramos).

Mañé Garzón, F., Pou Ferrari R. (2012), *El doctor Julepe. Vida y obra del Dr. Francisco Antonino Vidal (1827-1889)* (Montevideo: Plus-Ultra Ediciones).

Memoria de la Comisión de Caridad presentada a la Comisión E. Administrativa correspondiente a los años 1876, 77 y 78 (1879) (Montevideo: Imprenta a Vapor de La Nación).

Morás, L. E. (2000), *De la tierra purpúrea al laboratorio social*

(Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental).

Pereira, A. N. (1891), *Recuerdos de mi tiempo* (Montevideo, s.d.).

Pita, V. (2012), *La casa de las locas: una historia social del Hospital de Mujeres Dementes: Buenos Aires, 1852-1890* (Rosario: Prohistoria).

Proyecto del presupuesto general de gastos del Hospital de Caridad y sus dependencias para el año de 1875, confeccionado por la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública (1874) (Montevideo: Tipográfica de El Mensajero).

Rial, J. (1980), *Estadísticas Históricas de Uruguay 1850-1930* (Montevideo: Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay).

Ríos Molina, A. (2009), "El Manicomio General La Castañeda en México" *Nuevos Mundos/Mundos Nuevos*. <http://nuevomundo.revues.org/50242>

Rivera-Garza, C. (2001), "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General La Castañeda, México 1910-1930", *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, (51): 57-89.

Rossi, S. C. (1914), *El alienado y la sociedad* (Montevideo: Administración de Lotería).

- (1916), "La Colonia de Alienados de Santa Lucía, por el doctor Santín C. Rossi, director de la Colonia", en



Primer Congreso Médico Nacional patrocinado por la Sociedad de Medicina de Montevideo y celebrado en Montevideo del 9 al 16 de abril de 1916 (Montevideo: Imprenta El Siglo Ilustrado).

Sacristán, C. (2005), "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la historiografía a la historia posmoderna". *Frenia* (VI): 9-33.

- (2008), "Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940" en Agostini, C., *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX* (Ciudad de México: UNAM-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla).

- (2009), "La locura se topa con el manicomio. Una historia para contar". *Cuicuilco*, (16): 163-189.

Salvatore, R. (2001), "Sobre el surgimiento del estado médico legal en la Argentina (1890-1940)". *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, (20): 81-114.

Soiza Larrosa, A.; Murguía, D. (1987), "Desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay". *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (309-310): 169-179.

Soiza Larrosa, A. (1980), "Antecedentes históricos sobre el

desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay. 1788-1912". *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (267): 97-119.

Sozzo, M. (2009), "Locura y crimen en el nacimiento de la racionalidad penal moderna en Buenos Aires (1820-1880)" en Sozzo, M. (coord.), *Historia de la cuestión criminal en la Argentina* (Buenos Aires: Del Puerto).

Universidad de la República (1915), *Memoria Universitaria correspondiente a los años 1909-1914* (Montevideo: Universidad de la República).

Vaillant, A. (1873), *La República Oriental del Uruguay en la exposición de Viena* (Montevideo: La Tribuna).

Zimmermann, E. (1995), *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916* (Buenos Aires: Sudamericana-Universidad de San Andrés).

Prensa

El Bien (1905)

El Día (1905-1911)

El Siglo (1906)

El Tiempo (1908)

La Gaceta de Medicina y Farmacia (1882).

Revista de los hospitales (1911)