



**Atención en Salud Mental en Uruguay:
entre locus histórico y utopía actual. Una mirada antropológica**

**Mental Health care in Uruguay:
between historical locus and current utopia. An anthropological perspective**

**Cuidados de Saúde Mental no Uruguai:
entre o lugar histórico e a utopia atual. Uma perspectiva antropológica**

Fabrizio Martínez Dibarboure¹

Resumen: El presente artículo pretende reflexionar sobre el lugar de la Salud Mental en Uruguay. A partir de un diálogo entre algunas etapas de la historia nacional de la atención asistencial en salud mental; la Ley de Salud Mental n.º 19.529; nuestra experiencia profesional, por más de 20 años, en el Hospital Vilardebó, como locus (lugar) antropológico de referencia nacional en Psiquiatría, donde realizamos la investigación doctoral; la actual atención utópica *psi* y los aportes teóricos de las ciencias humanas, analizaremos las circunstancias de la salud mental uruguaya. Por lo que, a partir de estas coyunturas, se formularán algunos planteos que apuntan a las transformaciones que tienen que irse dando, a nivel asistencial, para abordar esta cuestión histórica.

Palabras clave: Atención en Salud Mental, Uruguay.

¹ Profesor de Filosofía (IPA), licenciado en Enfermería (Udelar), especialista en Enfermería en Salud Mental (Udelar), diplomado en Medicina Tropical (UNNE), magíster en Ciencias Humanas (Udelar), doctor en Antropología (Udelar) y posdoctorando en Ciencias de la Salud (UFPel). Profesor agregado de la Unidad Académica Enfermería en Salud Mental (FENF, Udelar) y profesor de Filosofía (Educación Secundaria). Integrante del Programa Antropología y Salud (FHCE-FENF, Udelar). Contacto: fabriziomartinezdibarboure@gmail.com ORCID: 0000-0002-0000-2810



Abstract: This article aims to reflect on the place of Mental Health in Uruguay. Through a dialogue between key stages in the national history of mental health care; Mental Health Law n.º 19.529; our professional experience of over 20 years at Vilardebó Hospital, a national anthropological reference point for Psychiatry, where we conducted our doctoral research; current utopian psychological care; and the theoretical contributions of the human sciences, we will analyze the circumstances of mental health in Uruguay. Based on these considerations, we will formulate some proposals that point to the transformations that must occur at the care level to address this historical issue.

Keywords: Mental Health Assistance, Uruguay.

Resumo: Este artigo busca refletir sobre o lugar da Saúde Mental no Uruguai. Por meio de um diálogo entre etapas-chave da história nacional da assistência à saúde mental; a Lei de Saúde Mental n.º 19.529; nossa experiência profissional de mais de 20 anos no Hospital Vilardebó, referência antropológica nacional em Psiquiatria, onde realizamos nossa pesquisa de doutorado; a atual assistência utópica à saúde mental; e contribuições teóricas das ciências humanas, analisaremos as circunstâncias da saúde mental no Uruguai. Com base nessas considerações, formularemos algumas propostas que apontam para as transformações necessárias no âmbito da assistência para abordar essa questão histórica.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental, Uruguai.



“Un sueño y un pasaporte, como las aves buscamos el norte,
cuando el invierno se acerca y el frío comienza a apretar.
Y éste es un invierno largo, van varios lustros de tragos amargos
y nos hicimos mayores esperando las flores del jacarandá”.

Jorge Drexler

Introducción

Quisiéramos comenzar este ensayo de reflexión, desde las estrofas de la canción *Un país con un nombre de río*, compuesta por el médico y cantautor uruguayo Jorge Drexler. En el mismo abordaremos, en breves mojonos, algunas etapas de la historia de la atención en salud mental en Uruguay, enmarcada en el Hospital Vilardebó, como lugar (locus) antropológico de la historia de la psiquiatría nacional, confrontándola con el marco normativo y epidemiológico a nivel nacional; llegando a la encrucijada en que actualmente nos encontramos, dado que, al presente y desde una mirada antropológica, los lugares asistenciales de la salud mental uruguaya al no brindar, todavía, una respuesta integral a esta problemática (si bien cada patología y tratamiento conlleva su especificidad, como, así también, cada persona es un ser único), se convierten en utópicos (sin lugar). Dicha historia dialogará, también, con la investigación doctoral en el área de Antropología y Salud (Martínez, 2019), con el objetivo de seguir buscando alternativas y contribuir a la deliberación, en torno a una cuestión histórica, como es la atención sanitaria que se brinda a una persona que padece sufrimiento psíquico en nuestro país.

Historia de la atención en salud mental en Uruguay

En el Montevideo colonial será inaugurado, en 1788, el *Hospital de Caridad*, llamado luego con el paso del tiempo Hospital Maciel (Casarotti, 2007; Duffau, 2015, Martínez, 2019). En dicho nosocomio, “entre sus primeros ingresados figuró Juan Acosta, rotulado “demente” y el 8 de marzo de 1816, lo hizo Joaquina Lorente, que conozcamos la primera alienada ingresada al hospital” (Soiza, 1983, p. 3). El médico uruguayo Enrique Castro, en su tesis de doctorado en Medicina, elaborada en 1899 (la segunda realizada en el Hospital Vilardebó), decía que, “el año 1822 marca una etapa importante en la



hospitalización de la locura entre nosotros, pues en dicha época se abrieron las puertas del Hospital de Caridad para estos enfermos” (Castro, 1899, p. 27). Agregando que, en el año 1856, se instala en el Hospital de Caridad, “una sala especial para dementes, con separación de sexos. El número de internados llegaba a 24” (Castro, 1899, p. 29).

El *Manicomio Nacional*, fue inaugurado en la ciudad de Montevideo, capital de la República Oriental del Uruguay (ROU), el 25 de mayo de 1880. Se erigió en el mismo predio donde estaba el *Asilo de Dementes*, fundado veinte años antes (1860), adonde habían sido llevados los pacientes de la “sala especial” del Hospital de Caridad, en los terrenos de la antigua quinta donada por Miguel Vilardebó (Barcelona, 1773-Montevideo, 1844), siendo regentado por las Hermanas de la Caridad (Martínez, 2020). Con la ley de secularización de los hospitales públicos, impulsada en 1911, en la segunda presidencia de José Batlle y Ordoñez (1856-1929), pasó a denominarse *Hospital Dr. Teodoro Vilardebó* (Duffau, 2015; Martínez, 2020), para homenajear la memoria de la familia donante.² Dicho nosocomio fue considerado, en su época, uno de los mejores hospitales psiquiátricos de América Latina, pero, con el paso del tiempo, fue convirtiéndose “en un centro estatal laico para los enfermos mentales pertenecientes a los estratos sociales más bajos” (Duffau, 2015, p. 42). Así, siguiendo el planteo del sociólogo canadiense Erving Goffman (1922-1982), al mismo lo podemos catalogar como una *institución total* pues, “puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001, p. 13).

Ya a los cuatro años de su inauguración, en 1884, en lo referente a la atención sanitaria brindada por el nosocomio, una apreciación realizada por el médico uruguayo Andrés

² Teodoro Miguel Vilardebó Matuliche, nacido en Montevideo en 1803, hijo de Miguel Antonio Vilardebó (un marino catalán, que se había dedicado al negocio de los saladeros en Montevideo) y de Martina Matuliche (uruguaya de origen italiano/croata). Estudió ingeniería y cirugía en España y, luego, medicina en la Universidad de París (ampliando sus estudios en química e historia natural); doctorándose en Medicina (1830) y en Cirugía (1831). Retorna a nuestro país, en 1833, para ejercer como médico y, en una epidemia de fiebre amarilla, se contagia al atender a sus pacientes falleciendo en Montevideo en 1857 (Martínez, 2020). No solo es considerado el “primer médico uruguayo” (Martínez, 2025, p. 40), sino que también sus trabajos etnográficos, permitieron rescatar un breve acervo de la lengua charrúa, que son las que se conservan en el Códice Vilardebó.

Crovetto (graduado en 1885 y fallecido en 1943), en la que fuera la primera tesis de doctorado en Medicina realizada en el Hospital Vilardebó, remarca la ausencia de concepción de distintos servicios específicos, para las diversas fases del tratamiento; pues así en el “manicomio los enfermos desde su entrada hasta el día de su restablecimiento, tienen que permanecer mezclados con los demás enfermos trayéndole los disgustos y perjuicios consiguientes. Así es que más de una vez los enfermos que están en el período de curación, preguntan cuándo los sacan de allí; mientras que si existiese la sección debida con los medios de distracción convenientes lo pasaría el enfermo más conforme hasta poder salir” (Crovetto, 1884, p. 28). [Figura 1]



Figura 1. Hospital Vilardebó, ca. 1900. Extraída del catálogo de fotografías del Centro de Fotografía de Montevideo, perteneciente a la Intendencia Municipal de Montevideo (Foto: autor desconocido).

En el año 1908, se conforma la Cátedra de Psiquiatría, en el ámbito de la Facultad de Medicina (FMED, fundada en 1875), perteneciente a la Universidad de la República (Udelar, creada en 1849). Su primer catedrático será Bernardo Etchepare (1869-1925), médico-cirujano uruguayo formado en Francia (Martínez, 2025) y su sucesor fue el médico-psiquiatra uruguayo Santín Carlos Rossi (1884-1936). Estos “primeros profesores de psiquiatría, realizaron una destacada tarea en la fundación de la psiquiatría



universitaria y en su honor se designó con sus nombres a la Colonia de Alienados de Santa Lucía, que dio asilo a partir de 1912 a las personas con padecimientos mentales” (Coll y Ginés, 2004, p. 11).

En 1923 se gestó la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay que, junto a la Cátedra de Psiquiatría, fueron “dos entidades conformadas por pequeños grupos de técnicos. Estas estructuras docentes y científicas que funcionaron dentro del Hospital Vilardebó fueron el factor primordial en el desarrollo de la psiquiatría nacional” (Casarotti, 2007, p. 154). Entre sus fundadores y figuras destacadas se encuentran los profesores Bernardo Etchepare (primer presidente), Santín Carlos Rossi, Antonio Sicco, Elio García Austt, Camilo Paysée e Isidro Más de Ayala. A partir de 1929 se comenzó a publicar, hasta la actualidad, la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* (Casarotti, 2007; Martínez, 2020).

Durante el año de 1930, en el marco de un congreso médico celebrado en el contexto del centenario de la primera Constitución uruguaya y, también, a los cincuenta años de la inauguración del *Vilardebó* (como se lo denomina comúnmente), el médico-psiquiatra uruguayo Antonio Sicco (1894-1948), quien fuera jefe del servicio psiquiátrico del nosocomio y catedrático de Psiquiatría, plantea que dicha institución no solo cumple funciones de hospital psiquiátrico, sino también de asilo y reclusión carcelaria. Y remarca que, “la moderna psiquiatría no puede vivir en los viejos manicomios, como el nuestro, con sus largos dormitorios de cuarteles, con el hacinamiento de sus “cuadros bajos” y sus secciones horribles de “cuartos fuertes”, celdas de enfermos, cruel escarnio de la asistencia médica y de todo sentimiento humanitario. Por eso debemos construir el Hospital Psiquiátrico. Tendremos así algo más que un nuevo edificio, tendremos un nuevo sistema terapéutico” (Sicco, 1930, p. 15).

En 1931 es electo presidente constitucional el Dr. Gabriel Terra (1873-1942), quien en 1933 dará un golpe de estado. Así, en los años “de 1933 a 1936 el Uruguay pasó por un período de quiebre institucional, durante el cual fueron aprobadas medidas legales relacionadas con los enfermos mentales” (Casarotti, 2007, p. 155); las mismas estarán vigentes por ochenta años, como por ejemplo la *Ley de Psicópatas N.º 9.581*, aprobada en agosto de 1936, que aparte de legislar sobre la asistencia psiquiátrica y sus formas



creó, también, la *Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas* (Marcolini y Michelini, 2014).

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), “propuso ampliar el concepto de “medicina psiquiátrica” al de “salud mental”, que enfatiza la importancia de los factores protectores y los de riesgo en la salud mental de las personas, la familia, la comunidad y su entorno” (Marcolini y Michelini, 2014, p. 17).

Los descubrimientos farmacológicos en psiquiatría, como fue la introducción de los neurolépticos en 1952, fueron posibilitando en el Hospital Vilardebó, “el predominio de la contención farmacológica sobre la contención mecánica y física del paciente, eliminando entre otras técnicas el chaleco de fuerza” (Marcolini y Michelini, 2014, p. 17); junto a otros violentos tratamientos como los abscesos de trementina y los electroshocks sin anestesia que, en palabras del filósofo francés Michel Foucault (1926-1984), buscaban, desde la generación del dolor, *la cura moral del paciente* (Foucault, 2012). Paulatinamente, este nuevo tratamiento psicofarmacológico, fue posibilitando “el pasaje del modelo de atención asilar al modelo de atención terapéutica” (Marcolini y Michelini, 2014, p. 17), así se fue disminuyendo, “la dotación de camas que pasó de aproximadamente 1500 a 500 durante esta etapa” (Marcolini y Michelini, 2014, p. 17), como nos recordaba la nurse Pierina Marcolini (1935-2024), referente durante décadas del Departamento de Enfermería de dicho nosocomio.

En el marco de la Udelar es inaugurado el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, el 21 de septiembre de 1953 (con el ingreso de su primer paciente). Años después, en 1960, la FMED, tuvo la iniciativa de generar allí la primera policlínica de psiquiatría en un hospital general, con la asistencia de la Cátedra de Psiquiatría (Wilson et al, 2011).

En 1966, sobre la base de las conclusiones del informe de un consultor de la OMS, en lo referente a la atención de la salud mental uruguaya, “se hicieron cambios, aunque limitados a los servicios públicos” (Casarotti, 2007, p. 155), creándose “la primera sala de psiquiatría en un hospital general, en el Hospital de Paysandú” (Romano et al, 2018, p. 31).



En 1971, con la elección del presidente Juan María Bordaberry (1928-2011), se continuó el descongestionamiento de las salas del Hospital Vilardebó, transformando las salas que alojaban a pacientes internados por tuberculosis, en hospitales públicos del interior, en salas para pacientes con trastornos psiquiátricos (Sznajder et al, 1999). Pero, otra vez, en 1973 (como 40 años antes), nuevamente un presidente electo democráticamente gestará una dictadura cívico-militar que asolará nuestro país (1973-1985). En el ámbito del Hospital Vilardebó, fueron internados varios presos políticos, siendo el uruguayo Omar Nelson Cubas Simones (1938), un detenido-desaparecido en 1975, en el famoso “*Año de la Orientalidad*”; donde, entre otras cosas, se denominó al referido nosocomio monumento histórico nacional. En estas circunstancias, esta persona, siendo paciente en dicha institución, será llevada por las alas del Plan Cóndor (Martínez, 2020; 2025).

Durante este tiempo, como planteábamos, “en Montevideo, se disminuyó la población de pacientes hospitalizados y se abrieron simultáneamente servicios de “salud mental” de atención externa, y se intentó luego cerrar el Hospital Vilardebó y abrir otro hospital en el área suburbana” (Casarotti, 2007, p. 156), el *Hospital Psiquiátrico Musto*, ubicado en la zona de Colón, en la periferia montevideana, que funcionó entre 1983 y 1996 cuando fuera cerrado por el MSP, convertido más tarde, en el año 2002, en Centro Nacional de Rehabilitación (como lugar de egreso desde la cárcel a la vida en libertad) y desde el año 2010, se transformó en la “Unidad n.º 5 Femenina” o Cárcel de Mujeres (Martínez, 2020).

Con la restauración democrática, en 1985, desde un enfoque interdisciplinario y teniendo en cuenta, también, otras perspectivas, se comenzó a plantear un nuevo Plan de Salud Mental, el cual “se concibió desde un modelo de salud mental comunitaria y sus lineamientos tienen fuertes coincidencias con las disposiciones de la Ley n.º 19.529” (Romano et al, 2018, p. 24). Aunque el mismo, fue parcialmente instrumentado y casi exclusivamente en la órbita pública, “con la extensión de las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y con el establecimiento de una red de equipos multidisciplinarios especializados en Salud Mental a partir de 1996, en parte mediante la redistribución de los recursos humanos del Hospital Musto luego de su cierre” (Romano et al, 2018, p. 24).



En el año 2003 nos comenzamos a vincular al Hospital Vilardebó, en el ámbito de la Licenciatura en Enfermería. Nos relacionamos al mismo, primeramente, como estudiantes y, luego, desde la Unidad Académica Enfermería en Salud Mental perteneciente a la Facultad de Enfermería (FENF), de la Udelar, concurrimos como docentes clínicos de la práctica de *Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría* (situada en el cuarto año de la carrera), durante los años 2004-2010. Entre los años 2010-2023, ejercimos como licenciado en Enfermería, de dicho nosocomio, desempeñándonos en su Departamento de Enfermería, por diversos servicios de atención. Entre junio de 2015 y noviembre de 2016, realizamos allí nuestro trabajo de campo para el doctorado en Antropología (Martínez, 2019).

Desde el año 2023, a la fecha, hemos vuelto a esta institución total, como la define E. Goffman (2001), nuevamente en el marco de la docencia universitaria (Martínez, 2025). Por lo que, nuestra trayectoria con respecto a este lugar (locus) antropológico, fue oscilando desde una perspectiva de “exo-antropología” a una de “endo-antropología” (Romero, 2023, p. 18), para ir distanciándonos desde el compromiso. Así, en estas circunstancias, consideramos a la antropología como una manera de involucrarse que nos lleva a cuestionarnos, enlazando, por un lado, autoconciencia e implicancia y, por otro lado, extrañamiento antropológico, como nos refiere el médico y antropólogo francés Didier Fassin (2018).

Marco normativo y epidemiológico de la salud mental en Uruguay

La ROU tiene una superficie territorial continental de 176.215 km². Está dividida, políticamente, en 19 departamentos. Según el último censo (2023), la población total del país ascendía a 3.499.451 habitantes.³

³ Según datos del Instituto Nacional de Estadística (<https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/censos2023>).



El área metropolitana de Montevideo, tiene una población estimada de 1.855.355 habitantes. Esta aglomeración urbana, la más importante del país, concentra cerca del 60% de la población total; abarcando tanto a la referida capital nacional (con una población de 1.302.954 habitantes), como las áreas metropolitanas pertenecientes a los departamentos limítrofes de Canelones y San José.

En julio del año 2007, el Parlamento Nacional, sancionó la *Ley de Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como Servicio Descentralizado n.º 18.161*, donde la antigua salud pública uruguaya pasa a constituirse en ASSE y en diciembre, del mismo año, se sanciona, también, la *Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud n.º 18.211*. Actualmente ASSE, como prestador sanitario (público), es el mayor del país contando con más de 1.200.000 usuarios/as, teniendo más de 700 centros sanitarios en todo el territorio nacional.

Durante el año 2017, en los equipos comunitarios de Salud Mental de ASSE, hubo un total de 285.022 consultas. De las cuales 147.727 fueron de psiquiatría de adultos, 38.516 fueron de psiquiatría pediátrica, 73.091 consultas con psicología y 25.687 consultas con trabajo social (Romano et al, 2018, p. 29). Para éste volumen de trabajo, se disponía de los recursos humanos que se pueden observar en el siguiente gráfico: [Tabla 1]

Tabla 1: Recursos humanos en dispositivos especializados en Salud Mental en ASSE (extraído de Romano et al, 2018, p. 30).

<i>Tipo de cargo</i>	ESM	P. Amarillo	H. Vilardebó	SAI-PPL	Ceremos	Total
<i>Psiquiatra adultos</i>	159	5	57	-	25	245
<i>Psiquiatra infantil</i>	59	1	-	-	-	60
<i>Otros médicos</i>	-	-	35	50	39	124
<i>Lic. Psicología</i>	177	9	21	14	5	225
<i>Lic. Trabajo Social</i>	64	5	19	-	10	98
<i>Lic. Enfermería</i>	29	5	33	4	28	99
<i>Otros profesionales</i>	59	-	20	9	13	101
<i>Aux. Enfermería</i>	150	19	272	67	261	769
<i>Téc. Rehabilitación</i>	59	-	4	11	1	75



<i>Otros técnicos</i>	-	-	17	7	26	50
<i>Directivos</i>	-	-	14	1	10	25
<i>Administrativos</i>	51	13	95	31	95	285
<i>Aux. Servicio</i>	-	-	28	21	195	244
<i>Vigilantes</i>	-	-	93	-	56	149
<i>Cocineros</i>	-	-	55	-	41	96
<i>Mantenimiento</i>	-	-	16	2	58	76
<i>Chóferes</i>	-	-	13	14	34	61
<i>Practicante-residente</i>	72	-	2	-	-	74
<i>Suplentes</i>	-	-	20	-	-	20
Total	879	57	814	231	897	2878

En agosto de 2017, el Parlamento Nacional, sancionó la *Ley de Salud Mental n.º 19.529*, donde, en el Artículo 2º refiere que, “se entiende por Salud Mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”. La misma tiene como principios rectores “la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud”. Por lo que busca, en el Artículo 3º, “reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular”; teniendo en cuenta que, “la dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental”. En lo referente a las instituciones de atención psiquiátrica, como el Hospital Vilardebó, la referida normativa plantea en el Artículo 38º que, “el Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025”.



Dos años después de aprobada esa ley, la OMS hacía el siguiente diagnóstico, a nivel mundial, de la situación de salud mental: “en 2019, casi mil millones de personas –entre ellas un 14% de los adolescentes de todo el mundo– estaban afectadas por un trastorno mental. Los suicidios representaban más de una de cada 100 muertes y el 58% de ellos ocurrían antes de los 50 años de edad. Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y son responsables de uno de cada seis años vividos con discapacidad. Las personas con trastornos mentales graves mueren de media de 10 a 20 años antes que la población general, la mayoría de las veces por enfermedades físicas prevenibles. Los abusos sexuales en la infancia y el acoso por intimidación son importantes causas de depresión. Las desigualdades sociales y económicas, las emergencias de salud pública, las guerras y las crisis climáticas se encuentran entre las amenazas estructurales para la salud mental presentes en todo el mundo. La depresión y la ansiedad aumentaron más de un 25% en el primer año de la pandemia solamente” (OMS, 2022, párr. 2).

Otro tanto hace hincapié la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al plantearnos que la pasada pandemia de Covid-19 agravó la situación de salud mental en Latinoamérica, aumentando los nuevos casos de afecciones de salud mental y empeorando los preexistentes (OPS, 2021; 2025).

En estas coyunturas, en Uruguay, se evidencia una gran prevalencia de problemas de Salud Mental. Los mismos están relacionados a factores personales (biológicos y/o psicológicos); causas socio-económicas y culturales como las adicciones, la falta de trabajo, el estrés, la violencia o la desintegración de las familias (Aquines, 2013); “la violencia neuronal” (Han, 2020, p. 13), los problemas originados por la pandemia de Covid-19 (Bagattini et al, 2020) y, últimamente, “enfermedades como la depresión y el síndrome de *burnout* son la expresión de una crisis profunda de la libertad” (Han, 2021, p. 5).



Como muestra tomemos el desarrollo anual de los suicidios en Uruguay. En el año 2017 hubo 686 suicidios, lo que representó una tasa de 19,64 cada 100.000 habitantes (Romano et al, 2018). Durante el año 2018 hubo 710 suicidios. En el año 2019 se produjeron 723 suicidios (el 80% eran varones, el 20% eran mujeres y hubo 150 suicidios de jóvenes menores de 29 años). El año 2020 hubo 718 suicidios. El año 2021 hubo 758 suicidios. Lamentablemente, el año 2022 hubo 818 suicidios, lo que representó una tasa de 23,08 cada 100.000 habitantes. En el año 2023, se logró bajar esta tendencia y hubo 763 suicidios (75% varones y 25% mujeres), con una tasa de 21,39 cada 100.000 habitantes; habiendo ese año, también, 4725 intentos de autoeliminación (IAE), lo que representó una tasa de 132,42 cada 100.000 habitantes (MSP, 2024). Para el año 2024 se mantuvo la tasa de suicidios (hubo 764 suicidios), aumentando la tasa de IAE a 161,74 cada 100.000 habitantes (MSP, 2025).

Analizando la estadística del Hospital Vilardebó, en 2023, se registraron 19.424 consultas en Puerta de Emergencia, ingresando 3278 personas a Sala de Observación. También, en dicho servicio de emergencia, se registraron durante ese año, 1571 eventos vinculados a la problemática de los IAE, concernientes a 817 usuarios/as (Giraldez, 2024).

La atención a estos usuarios y usuarias se realiza bajo un contexto de crisis, entendiendo por tal las perturbaciones psicológicas agudas de duración variable, que resultan de un riesgo, circunstancia de peligro, amenaza de pérdida repentina o fuertes presiones sociales (Garay et al, 2006). La persona entra en crisis al no poder resolver un problema, pierde el equilibrio, reaccionando de distintas maneras (Megías et al, 2005). De ahí que, la confluencia de *Antropología y Salud* (Romero, 2023; 2024),⁴ ensamblando cuidado y cultura (Martínez, 2025), permite integrar a las dimensiones físicas y psicológicas, los aspectos familiares, comunitarios, espirituales, culturales y sociales (Martínez, 2022). Pero, por otro lado, se evidenciaba también, la advertencia de que “los tratamientos de los padecimientos mentales no se conviertan en una clínica del maltrato” (Epele, 2013, p.

⁴ Integramos el Programa Antropología y Salud desde el año 2014. El mismo fue inaugurado en 2004 en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE), de la Udelar; estando, también, desde el año 2024 asentado en la FENF (Udelar). Desde sus inicios fue dirigido por la antropóloga y docente universitaria uruguaya Sonia Romero Gorski, quien fuera la tutora de nuestra tesis doctoral, siendo la referente de los/as integrantes del programa (<https://www.antropologiaysalud-uy.org>).



15); pues, a veces, acontecía que “el manicomio y la mortificación que involucra, es considerado el estado terminal e institucionalizado de procesos de mortificación que atraviesan toda la sociedad” (Epele, 2013, p. 15). Por eso la observación que, “el maltrato refiere a la falta de reconocimiento de la persona en cuanto tal, tanto en dinámicas relacionales como institucionales” (Epele, 2013, p. 15), convirtiéndose en “una forma de sufrimiento social contemporáneo que afecta a los sectores sociales más postergados” (Epele, 2013, p. 15).

Luego, hubo 1288 ingresos en las Salas de Internación masculinas y femeninas (913 varones y 375 mujeres). De los mismos, por primera vez se internaron 324 personas y reingresaron 964 personas, siendo el promedio general de estadía de 81 días. Las patologías más prevalentes en los ingresos a Salas de Internación fueron: un 50% de “esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” (F2X), un 13% de “trastornos del humor [afectivos]” (F3X), un 13% de “retraso mental” (F7X), un 8% de “trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos” (F6X) y un 8% de “trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas” (F1X); siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10), de la OMS, que es la utilizada en dicho nosocomio (Giraldez, 2024). [Figura 2]



Figura 2. Ingreso al sector de internación del área de seguridad femenina del Hospital Vilardebó, marzo de 2025 (Foto: A. Rodríguez).

La encrucijada actual de la atención nacional en salud mental

El término *psi*, es un neologismo acuñado en Francia, para referirse a cualquier profesional del área de la salud mental, “en oposición a los trabajadores de la salud del área somática” (Guyotat, 1994, p. 72). Así, en ASSE, encontramos en Montevideo, a nivel de atención comunitaria doce Equipos de Salud Mental (ESM) y siete equipos en los ámbitos hospitalarios. Cada equipo comunitario de salud mental debería estar integrado, fundamentalmente, por médicos/as-psiquiatras (tanto de psiquiatría de adultos como pediátrica), psicólogos/as, trabajadores sociales y enfermeros/as (auxiliares y licenciados/as); teniendo como objetivo ofrecer una atención integral. Sin embargo, esto no acontece en todos los equipos, sumado a ello la alta demanda. Por ejemplo, en el año



2024 la zona oeste de la capital tenía una lista de 2000 personas esperando ser atendidas por un profesional *psi*, con un tiempo que, a veces, llegaba a los dos años de espera. Por su parte, en el departamento de Canelones, hay seis ESM (Canelones, Ciudad de la Costa, Las Piedras, Pando, Santa Lucía y San Ramón). No obstante, la zona metropolitana que incluye, como veíamos, a Montevideo y las zonas más densamente pobladas de los departamentos limítrofes de Canelones y San José, tenía en el año 2024 una lista de espera de 20.000 personas, para ser atendidas en el área de la salud mental.

En el resto del país, ASSE cuenta en la Región Norte con cinco ESM (Artigas, Salto, Paysandú, Rivera y Tacuarembó). En la Región Oeste, tiene siete ESM (Colonia, Durazno, Trinidad, Florida, Fray Bentos, San José y Mercedes). Y, por último, en la Región Este, hay cinco ESM (Melo, Treinta y Tres, Lavalleja, San Carlos y Rocha).⁵ En dichos ESM, se ofrece una atención en salud mental a nivel de policlínica y, en algunas de estas ciudades, hay salas de internación en los hospitales departamentales para personas con sufrimiento psíquico en etapa aguda.

Tomando esta última zona, es decir la Región Este, en el año 2023 fue donde aconteció el mayor porcentaje de suicidios a nivel nacional. Rocha, con una población de 74.393 habitantes,⁶ fue el departamento con mayor porcentaje de suicidios (con una tasa de 37,6 suicidios cada 100.000 habitantes); seguido por el departamento de Lavalleja, con una población de 59.175 habitantes (y una tasa de 36 suicidios cada 100.000 habitantes) (MSP, 2024).

El departamento de Rocha, con una superficie territorial de 10.544 km², se distingue a nivel nacional, por la calidez y el lenguaje clásico de sus pobladores. A los márgenes de sus maravillosas serranías, en las tierras bajas, la arqueología ha ido investigando la presencia de los pueblos originarios en los vestigios de los “cerritos de indios” (López-Mazz, 2024). Y, en su costa oceánica, se encuentra el deleite de sus playas.

⁵ Recuperado de: <https://www.asse.com.uy/contenido/Equipos-de-Salud-Mental-en-las-4-Regiones-de-ASSE-5231>

⁶ Según datos del Instituto Nacional de Estadística (<https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/censos2023>).

Sin embargo, pese a estos maravillosos atributos antropológicos y geográficos, desde hace varios años es uno de los departamentos del país con mayor porcentaje de suicidios, contando con solo un equipo de atención comunitaria en salud mental, ubicado en la ciudad capital departamental, para toda su población. [Figura 3]



Figura 3. Escultura de Gyunusa (mujer charrúa, integrante del grupo “*Los Últimos Charrúas*” que fueron llevados en 1833 para ser expuestos en París), que se encuentra en las costas de Cabo Polonio (Departamento de Rocha), enero de 2025 (Foto: M. Martínez).

De esta manera, lo que acontece es que: “los trastornos mentales y los trastornos relacionados con sustancias psicoactivas tienen una gran prevalencia en todo el mundo y son causas importantes de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos asignados por los países para abordar esta carga son insuficientes, se distribuyen de manera desigual y, a veces, se utilizan de manera ineficiente. En



conjunto, esto ha provocado una brecha de tratamiento que, en muchos países, supera el 70%. El estigma, la exclusión social y la discriminación que rodean a las personas con trastornos mentales agravan la situación” (OPS, 2025, párr. 3).

Así, desde la perspectiva del *Modelo Médico Hegemónico*, como lo denomina el antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2020) y siguiendo el planteo de la médica-psiquiatra uruguaya Sandra Romano (ex Profesora de la Unidad Académica de Psiquiatría de la FMED, Udelar): “en Uruguay, en la actual organización de la atención de los problemas de salud mental muchas veces se ubica el psiquiatra como puerta de entrada y eje de la respuesta. Aunque la experiencia y las referencias señalan la importancia de las estrategias de promoción, prevención, detección temprana y continuidad de la atención de los problemas, no siempre se concibe la respuesta en términos de proceso de atención. El modelo hospitalocéntrico, que jerarquiza la atención intensiva del momento crítico, sigue teniendo mucho peso en el imaginario social y de muchos profesionales, en la toma de decisiones, en la gestión y en la asignación de recursos. Esta perspectiva reduce las alternativas, continúa demandando la mayor carga asistencial al psiquiatra y limita la intervención de otras disciplinas” (Romano, 2022, p. 10).

Por lo tanto, al analizar los porcentajes de consultas, como planteábamos antes, relacionados a problemas en torno a la salud mental de las personas, se observa que, en Uruguay a nivel de ASSE, se cuenta (ver nuevamente Tabla 1) con un número importante de recursos humanos para atenderlos (Romano, 2018; 2022). Pero, no obstante, las personas que se asisten en los mismos refieren, en un importante porcentaje, su malestar con respecto a la atención recibida y reclaman ser más escuchadas por los equipos de salud que las asisten (Martínez, 2019; 2022).

En suma, el problema de la atención de la salud mental uruguaya, no solo pasa por un aumento del número de profesionales *psi* (como comúnmente se plantea), cuestión importante, aunque Uruguay presenta una tasa nacional que, por ejemplo, a nivel de



psiquiatras supera la media europea (Romano, 2022); por lo cual lo anterior podría ser una condición necesaria pero no suficiente, pues junto al aumento de recursos humanos formados y capacitados de las distintas profesiones *psi* (enfermería, medicina, psicología y trabajo social entre otros), debe mejorarse la distribución en forma más equitativa a nivel del territorio nacional (problema muy complejo, pues los profesionales en su gran mayoría se asientan en el área metropolitana) y, sobre todo, cambiar el paradigma de atención por una real perspectiva comunitaria, donde se deje de lado el modelo médico hegemónico (Menéndez, 2020; Romano, 2022; Romero, 2024), llevado adelante por la gran mayoría de los profesionales *psi* (Martínez, 2019; 2022), por una relación terapéutica que implique un vínculo no solo técnico sino particularmente humano, como es la relación entre dos personas (Martínez, 2024), en el marco de una escucha terapéutica (Martínez, 2025).

De problemas sanitarios a preguntas etnográficas

Las primeras veces que ingresamos (como estudiantes, docentes o funcionarias/os), a desempeñarnos en una institución psiquiátrica, suelen dejarnos evocaciones que permanecen. Así, el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss (1908-2009), nos recuerda en *Tristes Trópicos*, sus tiempos de estudiante de Filosofía donde tuvo la siguiente experiencia (en un curso de Psicología), en el Centro Hospitalario de Sainte-Anne (nosocomio parisino especializado en psiquiatría): “quien había merecido la atención del maestro era recompensado con la confianza que éste le manifestaba concediéndole una entrevista particular con un enfermo. Ningún primer contacto con indios salvajes me intimidó tanto como esa mañana que pasé junto a una viejecita envuelta en ropas de lana, que se comparaba a un arenque podrido dentro de un bloque de hielo: en apariencia intacta, pero con peligro de disgregarse apenas se fundiera la envoltura protectora” (Lévi-Strauss, 1970, p. 6).

Siguiendo la perspectiva de Antropología y Salud (Romero, 2023; 2024), realizamos en el Hospital Vilardebó, que actualmente pertenece a ASSE, como ya referíamos, nuestra tesis de doctorado en Antropología (Udelar). Sus objetivos fueron reconstruir trayectorias



de personas con “trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol” (según la CIE-10 de la OMS) y visibilizar representaciones y prácticas en los tratamientos brindados por el personal *psi*, en torno a dichos itinerarios. Por lo que, desde un sentido epistémico, nos preguntamos por esta alteridad muy próxima y abordamos,⁷ desde la confluencia de Antropología y Salud, cuarenta personas internadas, veintiséis usuarios varones y catorce usuarias mujeres (Martínez, 2019; 2022).

Como integrantes de los equipos asistenciales, fuimos observando, también, dificultades en la atención a estas personas internadas y las mismas se fueron transformando de problemas sanitarios a preguntas etnográficas (Fassin, 2018); al irse cambiando nuestro enfoque desde una participación observante, que buscaba un cambio en la atención, a una observación participante, donde la razón de ser era conocer y así llegar a un conocimiento capaz de transformarnos (Martínez, 2019; 2022).

En este contexto visualizamos, desde la antropología, la atención *psi* (Foucault, 2014), desde las representaciones y prácticas llevadas adelante por el personal encargado de la asistencia (médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en Enfermería, auxiliares de Enfermería y vigilantes), entrevistando a cuarenta funcionarios/as, de las distintas disciplinas (Martínez, 2019; 2022).

Durante el trabajo de campo (junio 2015-noviembre 2016), los vínculos establecidos con los usuarios varones y las usuarias mujeres, nos permitieron adentrarnos, tanto en sus experiencias de vida, como en sus trayectorias sanitarias. De estas cuarenta personas internadas, veintiocho habían ingresado por orden judicial y, al momento del primer encuentro, seis llevaban más de dos años de internación, once entre uno y dos años y veintitrés menos de un año. Once de estas personas permanecieron internadas durante todo el período del trabajo de campo, siete se fugaron y volvieron al hospital, trece se fueron de alta y volvieron al hospital, uno se fugó y no volvió más y ocho se fueron de alta sin retornar; entonces, entre fugas y reingresos: ¿cómo se los/as podía atender? (Martínez, 2019; 2022).

⁷ Contando con los avales de los Comité de Ética de Investigación Institucional del Hospital Vilardebó y de la FHCE (Udelar); como así también, los consentimientos informados de los/as participantes, tanto usuarios/as como funcionarios/as.



Sus narrativas, nos dieron cuenta de una ruptura biográfica ocurrida mayoritariamente en la adolescencia, cuando comenzó su consumo problemático de alcohol que los/as llevó a una reorganización de la identidad social de orden simbólico. La mayoría de ellos/as refería estar disconforme con la asistencia que se les brindaba y reclamaban ser más escuchados por los Equipos de Salud (Martínez, 2019; 2022).

Así un día en que, durante el tiempo del trabajo de campo, íbamos viajando en ómnibus rumbo al centro montevideano: “sentado del lado de la ventanilla, sube en una parada una persona que fuera, en varias oportunidades, usuario del Hospital Vilardebó, con quien en muchas ocasiones conversamos sobre cuestiones literarias, filosóficas, teológicas, sanitarias, etc.; era una persona muy instruida, con una sensibilidad muy particular, ahora se encontraba residiendo en una casa de salud regentada por religiosas. Se sienta a mi lado y nos saludamos. A la pregunta de cómo estaba, responde: “estoy bien. Empecé a tomar clozapina,⁸ estoy bien”. Me mira con ojos tristes y agrega: “pero perdí la efervescencia, mi esencia, ¿la volveré a recuperar?”

Yo hago silencio.

Él, como corolario, afirma: “donde estoy es muy rica la comida, está todo muy limpio y nos tratan muy bien, pero está todo regulado por el equipo de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales y perdés la libertad” (Martínez, 2019, p. 184).

Por otra parte, en lo referente a las representaciones formuladas por las/os funcionarias/os entrevistadas/os, a mayor formación y experiencia de ejercicio profesional, había mayores críticas a la atención que se brindaba a estos/as usuarios/as (Martínez, 2019; 2022). Varias/os pensaban que el origen de este problema era psicológico, cultural y social; encontrando, mayoritariamente, en estas tres dimensiones la causa de la dependencia; por lo que consideraban inadecuada la atención que se les brindaba, dado que la misma era

⁸ Medicación antipsicótica, del grupo de las atípicas, utilizada para el tratamiento de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos.



realizada, por lo general, desde una perspectiva biomédica (psicofarmacológica), dejando a un lado las humanidades médicas (Guyotat, 1994; Martínez, 2022; Romero, 2023).

Algunas reflexiones finales

Al abordar un hospital psiquiátrico, como “el Vilardebó” (Martínez, 2019; 2020; 2022; 2025; Romero, 2024), el mismo se puede ir convirtiendo, para algunos de quienes se vinculan con esa institución total (Goffman, 2001), en ese locus (lugar) antropológico que tiene que ver con la identidad, la relación y la historia (Augé, 2007), tanto de la institución y sus funcionarias/os, como de las circunstancias de vida de las personas allí internadas.

Aunque parezca paradójico, algunos de los presupuestos de la actual Ley de Salud Mental n.º 19.529 (2017), ya desde hace mucho más de un siglo son planteados por la psiquiatría nacional (Crovetto, 1884; Castro, 1899; Sicco, 1930; Soiza, 1983; Coll y Ginés, 2004; Casarotti, 2007); pues, “probablemente es la psiquiatría la especialidad de medicina que más necesita del servicio social. Porque las enfermedades mentales, más que ninguna otra, son favorecidas en su producción y en su desarrollo por el medio social” (Sicco, 1930, p. 11).

Hoy, según el filósofo surcoreano Byung-Chul Han, formamos parte de una sociedad del cansancio, del rendimiento; que ha ido superando, en parte, esa sociedad disciplinaria a la cual “todavía la rige el no. Su negatividad genera locos y criminales. La sociedad de rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados” (Han, 2020, p. 26). Y nos agrega, “por eso, en lugar de revolución lo que hay es depresión. Mientras nos esforzamos en vano por curar la propia alma perdemos de vista las situaciones colectivas que causan los desajustes sociales. Cuando nos sentimos afligidos por la angustia y la inseguridad no responsabilizamos a la sociedad, sino a nosotros mismos” (Han, 2022, p. 26).

En estas circunstancias contemporáneas, es fundamental comprender que el objeto de las disciplinas de la Salud (sabiendo que siempre corremos el riesgo de confundir salud con tratamiento), como planteaba el epistemólogo argentino Juan Samaja (1941-2007), “lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se representan en el curso de la reproducción social” (Samaja, 2004, p. 19). Por lo tanto, “el



objeto salud-enfermedad y los modos de su atención resultan de la construcción valorativa efectuada siempre en una cultura, en una sociedad y en una época determinada” (Samaja, 2004, p. 19).

Así, al decir de E. Goffman (2001), la enfermedad mental se verá influenciada por la forma de pensar y actuar donde estamos insertos, por lo que, uno de los principios básicos en Salud Mental, es intentar comprender al otro. De ahí que sea imprescindible contemplar a las personas como parte de su contexto cultural (Martínez, 2024), llevándonos a realizar una atención más humanizada, donde se respeten los derechos, las necesidades y los intereses de cada persona que padece un problema de Salud Mental (Martínez, 2019; 2022; 2025; Romero, 2024).

Sumado a los aportes culturales, también es fundamental concebir los cuidados desde una perspectiva ética, donde los mismos se podrían encarar desde una ética de máximos y una ética de mínimos, como plantea la filósofa española Adela Cortina (2000). La ternura, el buen trato, formarían parte de esa ética de máximos, la cual, siguiendo el planteo de la antropóloga argentina María Epele, “refiere a todo tratamiento y relación social que incluya la singularidad subjetiva y la escucha basada en la legitimidad y el reconocimiento de la demanda de la persona que padece” (Epele, 2013, p. 16); convirtiéndose así, por ejemplo, la ternura en el fundamento del buen trato, en el “abrigo y escudo protector contra la violencia social” (Epele, 2013, p. 16); aunque, en la práctica *psi*, “se hace difícil plantearlo como una exigencia deontológica” (Martínez, 2019, p. 251).

La perspectiva hospitalocéntrica (Romano et al, 2018), ofrece una “medicina mental” (Foucault, 2014), pero hay que plantear una “salud mental” (Martínez, 2025). Y esto se podría ir logrando, dejando el reduccionismo biomédico, con que se asiste al individuo, para irnos ampliando buscando la densidad personal (Foucault, 2012), de los usuarios y usuarias, que ofrecen las humanidades médicas (Guyotat, 1994; Romero, 2023; 2024; Martínez, 2025).

Aquí, una perspectiva antropológica ofrece dos aportes fundamentales: la importancia de la *escucha* y el cambiar nuestra *mirada*. Con respecto a la escucha, tenemos que hacer una real vivencia de esta, pues “la experiencia se basa en el don y en la recepción. Su medio es la escucha. El ruido provocado en la actualidad por la información y la



comunicación, sin embargo, pone fin a la sociedad de los que escuchan. Nadie escucha. Cada quien se produce a sí mismo” (Han, 2023, p. 22).

Superar esta producción individualista, guiada por la lógica del mercado farmacológico (Martínez, 2019; 2022), que solo produce, como nos dice el antropólogo español Ángel Martínez-Hernández, *neuronarrativas*, es decir, “esas estrategias que se limitan a reconstruir la propia subjetividad y la propia identidad a partir de un diagnóstico y de un proceso de curación psicofarmacológico como única respuesta” (Martínez-Hernández, 2023, p. 11). Las mismas son generadoras de *injusticia epistémica*, dado que generan “diversas formas de desautorizar la palabra y la voz de las personas institucionalmente agredidas por un sistema de salud mental que parece ser incapaz de garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos” (Martínez-Hernández, 2023, p. 10).

En cambio, la escucha, permite una *socionarrativa*, que nos ayuda a “entender la complejidad de la historia de vida de las personas que padecen sufrimientos psíquicos” (Martínez-Hernández, 2023, p. 11). Por otra parte, el asumir una mirada antropológica sobre la atención en salud mental (Martínez, 2019; 2022; 2024; 2025), nos permite ir transformando la atención *psi* y comenzar a gestar un *cambio de paradigma*, donde aquella concepción de que “la locura clásica pertenecía a las regiones del silencio” (Foucault, 2012, p. 270), nos habilita a que “la locura habla ahora un idioma antropológico” (Foucault, 2012, p. 270).

Y esperemos que este caminar, como profesionales *psi*, continúe considerando, al decir de unas estrofas de J. Drexler, que “el día le irá pudiendo, poco a poco al frío, creo que he visto una luz al otro lado del río; sobre todo creo que, no todo está perdido, tanta lágrima, tanta lágrima y yo soy un vaso vacío, oigo una voz que me llama, casi un suspiro, rema, rema, rema...”

Para así acercarnos, cada vez más, a las necesidades, intereses y problemas, que nos refieren las personas con sufrimiento psíquico (Martínez, 2024), en nuestra realidad asistencial nacional (Martínez, 2019; 2022; Romero, 2024).

Pues, por diversas circunstancias, los lugares ya destinados y los que están siendo planificados a nivel de ASSE (habiendo cuestiones que quedaron bellamente planteadas en la Ley de Salud Mental n.º 19.529, pero que hoy, a casi nueve años de su sanción, no



se han podido instrumentar),⁹ no están proporcionando íntegramente las respuestas que las personas con sufrimiento psíquico demandan, a veces por la carencia de profesionales en los ESM, otra vez por el modelo de atención (Romano, 2022); convirtiéndose, desde una mirada antropológica, en utópicos (sin lugar), es decir en espacios que, todavía, no han podido generar un abordaje integral y, por ende, se dificulta percibirlos como un locus (lugar) antropológico.

Pero, por otra parte, como planteaba el filósofo inglés Tomás Moro (1478-1535), la utopía puede entenderse, también, como un proyecto ideal que no se ha realizado aún (Moro, 2000), pero que estamos a tiempo de poder concretar, en la medida que hagamos las transformaciones necesarias. Por lo que, parafraseando al escritor uruguayo Eduardo Galeano (1940-2015), “la utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar”, buscando convertir lo utópico (sin lugar) en un lugar (locus) antropológico.

⁹ Actualmente (abril de 2026), se está discutiendo, a nivel parlamentario, sobre el Artículo 38° de la Ley de Salud Mental N° 19.529 (pues el Decreto 226/018 no lo reglamentó), en lo referente a la extensión temporal del posible cierre de CEREMOS (ex Colonias Santín C. Rossi y B. Etchepare) y del Hospital Vilardebó (fijado para 2025), dado que no se ha avanzado lo esperado en instrumentar lugares alternativos.



Referencias bibliográficas

- Aquines, C. (Comp.). (2013). *Temas de psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos*. Montevideo: Oficina del libro.
- Augé, M. (2007). *El oficio de antropólogo*. Barcelona: Gedisa.
- Bagattini, N., Dogmanas, D., Villalba, L., Bernardi, R. (2020). Atención en Salud Mental y Covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 84 (2), 111-129.
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71 (2), 153-163.
- Castro, E. (1899). *Legislación sobre alienados*. (Tesis de doctorado). Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo.
- Coll, O., Ginés, A. (Comps.). (2004). *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina*. Montevideo: FMED, Udelar.
- Cortina, A. (2000). *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 6ª ed. Madrid: Tecnos.
- Crovetto, A. (1884). *Algo sobre manicomios*. (Tesis de doctorado). Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo.
- Duffau, N. (2015). Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1910): de la Colonia de Alienados al Hospital Vilardebó. Etapas de una evolución conflictiva. *Revista Cultura Psi*, 5 (1), 40-69.
- Epele, M. (Comp.). (2013). *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Fassin, D. (2018). *Castigar: una pasión contemporánea*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2014). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Garay, M., Díaz, Á., Tuzzo, R. (2006). *Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención*. Montevideo: FENF-Udelar.
- Giraldez, G. (2024). *Indicadores asistenciales Hospital Vilardebó: informe anual 2023*. Montevideo: Hospital Vilardebó.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guyotat, J. (1994). *Estudios de antropología psiquiátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Han, B-C. (2020). *La sociedad del cansancio*. 2ª ed. Barcelona: Herder.
- Han, B-C. (2021). *Psicopolítica*. 2ª ed. Barcelona: Herder.
- Han, B-C. (2022). *La sociedad paliativa*. Buenos Aires: Herder.
- Han, B-C. (2023). *Vida contemplativa*. Buenos Aires: Taurus.
- Lévi-Strauss, C. (1970). *Tristes trópicos*. Buenos Aires: EUDEBA.



- López-Mazz, J. (2024). *Cerritos de indios. Arqueología e Historia de un pueblo originario de Uruguay*. Montevideo: Banda Oriental.
- Marcolini, P., Michelini, M. (2014). *Nurse Pierina... soy Gustavo: recuerdos del Hospital Vilardebó*. Montevideo: Trilce.
- Martínez, F. (2019). *Alcoholizado y encanizado. Rescatar la Persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud*. (Tesis de doctorado). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Montevideo.
- Martínez, F. (2020). 140 años de historia del Hospital Vilardebó. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 15 (2), 1-13.
- Martínez, F. (2022). Abordar a la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 86 (1), 11-24.
- Martínez, F. (2024). Persona: evolución del concepto y su implementación en Salud Mental. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 19 (1), 1-13.
- Martínez, F. (2025). *Perspectivas de enfermería en salud mental*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.
- Martínez-Hernández, Á. (2023). *Elogio de la incertidumbre y otros ensayos antropológicos sobre el saber "psi" y las aflicciones humanas*. Tarragona: Publicacions URV.
- Megías, F. et al. (2005). *Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental*. Madrid: Difusión avances de enfermería.
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Revista Salud Colectiva*, 16 (1), 1-25.
- Moro, T. (2000). *Utopía*. Buenos Aires: Longseller.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Día mundial de la Salud Mental: salud mental en un mundo desigual*. OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Salud Mental*. OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/es>
- Romano, S. (2022). Los psiquiatras en el Sistema de Salud de Uruguay. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 86 (1), 8-10.
- Romano, S., Porteiro, M., Novoa, M., López, G., Barrios, M., García, M. (2018). Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 82 (1), 22-42.
- Romero, S. (2023). *Manuscrito de Argelia. Registros de Etnología, Cultura, Medicinas*. Montevideo: Imprimex.
- Romero, S. (Coord.). (2024). *Abordajes antropológicos y etnográficos. Temas de salud en la Cuenca del Plata*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud; reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar.



- Sicco, A. (1930). *Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de alienados en nuestro país*. Montevideo: Monteverde.
- Soiza, A. (1983). Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay: 1788-1907. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 48 (1), 1-18.
- Sznajder, J., Turner, A., Scarlato, S. (1999). *Entre la biografía y la historia: un ciudadano de tres mundos*. Montevideo: Dos Puntos.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2022). *Día nacional de prevención del suicidio*. Montevideo: MSP. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2024). *Datos preliminares de suicidio 2023*. Montevideo: MSP. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2025). *Suicidios en Uruguay. Nueva orientación de las políticas públicas ante evolución negativa*. Montevideo: MSP. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica>
- Uruguay. Poder Legislativo. (1936). *Ley de Psicópatas n.º 9.581*. Montevideo: IMPO.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2007). *Ley de Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como Servicio Descentralizado n.º 18.161*. Montevideo: IMPO.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2007). *Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud n.º 18.211*. Montevideo: IMPO.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2017). *Ley de Salud Mental n.º 19.529*. Montevideo; IMPO.
- Wilson, A., Nowinski, A., Turnes, A., Sánchez, S., Sierra, J. (2011). *Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y realidad (1887-1974)*. Montevideo: Tradinco.

-