

CIEN AÑOS DE LA COLONIA ETCHEPARE ⁽¹⁾ Margarita Arduino ⁽²⁾ y Angel M. Ginés ⁽³⁾

La Colonia de Asistencia Psiquiátrica “Dr. Bernardo Etchepare” cumplirá cien años en diciembre de 2012.

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

ORÍGENES Y PRIMERAS DÉCADAS

Fundada en 1912 bajo la presidencia de Don José Batlle y Ordóñez, su apertura fue una medida de “salvataje” ante la superpoblación del Manicomio Nacional (denominado luego Hospital Vilardebó), que inaugurado en 1880 para 700 camas, llegaba a la cifra de 1500 pacientes (14 pacientes por 10.000 habitantes) en el año 1910.

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

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

de un convenio con el Cottolengo Don Orione hace más de veinticinco años.

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

En esas primeras décadas del siglo XX, los diagnósticos más frecuentes eran los de psicosis crónica y oligofrenia; pero un muy alto porcentaje de los ingresos consignaban: "incontinencia familiar", "alcoholismo crónico", "epilepsia", "parálisis general", "encefalitis" y "traumatismo encéfalo craneano". Problemáticas de diversa índole se reunían así, sin diferenciación y al margen de criterios nosográficos. De las personas afectadas por trastornos mentales, se destacan los diagnósticos firmados, entre otros, por Bernardo Etchepare (1869 - 1925) y Santín Carlos Rossi (1884 -1936) -que en forma sucesiva fueron los primeros Profesores de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina- en los que predominan, acorde con la nomenclatura de la época, la demencia precoz y la locura circular. Isidro Más de Ayala (1899-1960), destacado médico psiquiatra, narrador y ensayista, señala en 1937 que de los dos mil quinientos pacientes asilados en la Colonia sólo el 20 % correspondían al diagnóstico de esquizofrenia, cifra que da una pauta de la gran variedad de los motivos de internación.

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

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

Garmendia afirma que los pabellones debían estar lo más alejados posible unos de otros, ya que cada uno debería tener su propia organización material y sobre todo moral, y funcionar en forma independiente. Esto nos permite entender la disposición actual de los pabellones en la Colonia separados por enormes distancias. Sostiene,

además, que sólo el 30 % de los pacientes deberían estar en el Asilo y 70 % podrían estar en la Colonia con total libertad de deambulaci3n.

La idea de que la Colonia fuera productiva en el rubro agr3cola y autoabasteciera sus necesidades era un punto considerado fundamental.

“No ser3a conveniente que el n3mero de internados superara los 1200” escrib3a Garmendia en su trabajo, a s3lo quince a3os de la apertura de la Colonia. Lejos estaba de imaginar que en la d3cada del cincuenta, abierta ya la vecina Colonia “Dr. Sant3n Carlos Rossi”, en 1936, de caracter3sticas locativas totalmente distintas -diez pabellones de dos plantas con capacidad para cien pacientes cada uno en un predio de s3lo treinta hect3reas- se llegar3a a sumar entre ambas Colonias una cifra cercana a los cuatro mil pacientes.

En la misma 3poca del comentario de Garmendia, el Dr. Bernardo Etchepare escrib3a: “Si tanto se ha clamado contra el manicomio, si hasta se ha se3alado en Inglaterra por Batty Tuke la demencia producida por el manicomio, no s3lo por angustia de local sino tambi3n por el ambiente demasiado peculiar del medio, sentir3amos que por razones econ3micas deban ubicarse hasta dos mil pacientes en pabellones de ochenta. Por dilatada que sea la regi3n de la Colonia, no lo ser3 nunca bastante para esfumar horizontes inclementes, hechos m3s visibles a3n por la homogeneidad tanto m3s triste cuanto m3s grande del ambiente”.

En el a3o 1937 el Dr. Isidro M3s de Ayala, Director entonces de la Colonia Etchepare escrib3a: “La Colonia ha sido construida en villas separadas seg3n el modelo de la Colonia de Alt-Scherbitz de Alemania, con los caracteres de hospital y de colonia, consta de 28 pabellones para hombres y de 10 para mujeres”. Ten3a a su cargo 2.400 pacientes de los cuales 2.000 estaban en el establecimiento y 400 en el sistema de asistencia familiar, en hogares de los pueblos vecinos (este programa de asistencia familiar sigue funcionando hoy, aunque por supuesto con variantes desde el punto de vista t3cnico). En esa 3poca el personal t3cnico de la Colonia estaba constituido por el director, cuatro m3dicos internos, un odont3logo, un qu3mico y un asistente social. Este equipo estaba a cargo de toda la actividad del hospital apoyado por un plantel de enfermeros y “vigilantes” que eran instruidos y formados en su tarea por los propios m3dicos. Era, sin lugar a dudas, una instituci3n custodial de la psiquiatr3a.

Durante la Direcci3n del Dr. M3s de Ayala, los tratamientos disponibles en psiquiatr3a eran el fenobarbital, la psicocirug3a y la insulinoterapia. La hidroterapia era de aplicaci3n frecuente, sumergi3ndose al paciente en piletones de agua fr3a para calmar su agitaci3n.

M3s de Ayala realiz3 en la Colonia Etchepare su “Estudio Cl3nico sobre la fiebre recurrente espa3ola” para el tratamiento de los pacientes psiqui3tricos, estudio que realiz3 en 230 pacientes y que mereci3 el premio Soca de la Facultad de Medicina en el a3o 1930.

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

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

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

LA AUDITORIA DE OMS EN 1966.

En 1966 Pierre Chanoit, consultor de OPS/OMS, invitado por el Ministerio de Salud Pública, realizó un memorable "Informe sobre Salud Mental en Uruguay", con propuestas de transformación que constituyeron un referente destacado hacia los cambios en asistencia psiquiátrica y salud mental.

En ese informe quedó estampado el siguiente testimonio sobre las Colonias: "Su capacidad teórica ha sido fijada por el Ministerio 3.155 camas, 420 de ellas reservadas para los enfermos mentales tuberculosos. Visitamos dos pabellones de mujeres a cargo de un Jefe de servicio. El pabellón "A" tiene dos plantas y se compone de grandes salas con instalaciones para dormitorios, comedores, salas de estar. Una de ellas se utiliza para actividades socioterapéuticas y sirve a pacientes de ambos sexos, que nos pareció ser una de las pocas empresas terapéuticas organizadas. El pabellón "B" por el contrario, idéntico por su plan arquitectónico, pero menos bien dotado de personal, produce cierta impresión de abandono confirmado por la deterioración del edificio y la desocupación de los pacientes. También visitamos un pabellón para varones que se encontraba en un estado de deterioro alarmante, los pisos de las salas se hunden, las ventanas están arrancadas y a veces obturadas con ladrillos; no hay ropa de cama y las instalaciones higiénicas son prácticamente inexistentes".

En los inteligentes y transparentes "Comentarios" de su informe, Chanoit dice: "El paciente mental es un estorbo para la

sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a sociedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. Los lugares que se les asignan bien pronto resultan insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido”.

LA APERTURA DEMOCRÁTICA Y EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL.

En 1984 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay elaboró el trascendente documento “Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio”, que será uno de los pilares conceptuales en la formulación del Programa Nacional de Salud Mental de 1986. En el análisis referido a la Colonia Etchepare señala que albergaba 2.400 pacientes (1.300 de ellos en la vecina Colonia Santín Carlos Rossi). La relación técnico/paciente es de un psiquiatra cada 100 pacientes, una nurse cada 153 pacientes; en cambio reporta un administrativo cada 21 pacientes y un funcionario de mantenimiento y vigilancia cada 11 pacientes. El tiempo disponible de asistencia técnica es de 6 minutos de psiquiatra, 3 minutos de nurse y 4,8 minutos de psicólogo por semana y por paciente. El promedio de estadía es de 520 días. Concurren a los talleres de rehabilitación 150 pacientes, esto es, el 6,25 % de la población internada. En relación a la Colonia el documento concluía: “Con el 78 % de las camas psiquiátricas del país, su alto índice de cronicidad, su alto costo operativo y la muy baja relación técnico/paciente, la Colonia Etchepare constituye una estructura asilar, custodial”.

En 1986, tras décadas de iniciativas frustradas y en el clima favorable de la apertura democrática, un movimiento en salud mental de amplia participación concibe el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), aprobado por el Ministerio de Salud Pública.

Tres direcciones principales concibió ese Plan: la Atención Primaria en Salud, operando con la comunidad, como la estrategia principal; la segunda dirección, la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera dirección apuntó a los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y la reestructura del Hospital Psiquiátrico y las Colonias de Alienados. La vitalidad de estos cambios tuvo su principal expresión en el sector público de la asistencia (que

cubría casi la mitad de la población), pero movilizó escasamente al sector de la asistencia médica colectivizada (IAMC) (que cubría la otra mitad).

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

El Plan tuvo una trayectoria compleja y contradictoria, con claridades y oscuridades, pero logró algunos avances significativos, que contrastan con el largo periplo previo de Iniciativas frustradas y problemáticas insolubles.

LAS COLONIAS A COMIENZO DEL SIGLO XXI.

En 2002 la Colonia Etchepare albergaba 105 mujeres y 387 hombres, es decir algo menos de quinientas personas. Una cifra similar estaba internada en la Colonia Santín Carlos Rossi -264 mujeres y 220 hombres-. Así, el remanente asilar albergado en las Colonias era de 976 personas.

Asistía, además, 120 pacientes deshospitalizados, 70 en el programa de asistencia familiar y 50 en el programa de hogares sustitutos, distribuidos en los pueblos vecinos.

El perfil de los trastornos psiquiátricos de la población internada era el siguiente: Psicosis crónicas (59 %), Retardo mental (30 %), Trastornos de personalidad (5 %), Alcoholismo (4 %).

La Institución contaba con once pabellones para pacientes crónicos y un hospital general con una dotación de treinta camas para la demanda de las poblaciones cercanas (Santa Lucía, Ituzaingó, 25 de Agosto, Pueblo Nuevo), con área de influencia hacia unos treinta mil habitantes.

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

Las cerca de mil personas internadas en las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi convivían en unas condiciones anacrónicas en relación a las aspiraciones de nuestra sociedad y de la psiquiatría nacional, y en contradicción con las tendencias contemporáneas de la psiquiatría internacional.

El 20 de diciembre de 2005 la Comisión Asesora Técnica del PNSM, la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, la Dirección del PNSM - DIGESA / MSP, IELSUR y la Red de familiares de Instituciones de Apoyo, Investigación y Rehabilitación en Salud Mental, en el

documento Bases para la Reconversión del Asilo Mental alertaban *“a la sociedad sobre la situación de emergencia humanitaria que afecta a casi novecientos (900) compatriotas concentrados en la Colonia de Alienados Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi. Ellos ingresaron y permanecen sin límite de tiempo en esos asilos, por padecer trastornos mentales pero principalmente por la pérdida del sostén familiar y comunitario. Sus condiciones de vida son inaceptables con afectación de sus derechos humanos y civiles.*

Esta emergencia humanitaria afecta también a un número similar de personas encargadas del cuidado y la asistencia de los internados y del funcionamiento de la institución.

Este estado de situación proviene de una prolongada y anacrónica política de concentración y exclusión manicomial o asilar incompatible con el nuevo modelo de atención en salud. Desde la aprobación del Programa Nacional de Salud Mental en 1986, se realizaron acciones dirigidas a superar el modelo asilar con resultados contradictorios; así, el número de pacientes asilados en la Colonia se redujo en más del 50 %, pero la calidad del internamiento -con altibajos- persiste en sus penosas condiciones.

Nuestro país debe ajustar sus acciones en salud mental a los diversos consensos nacionales y acuerdos internacionales para la atención de los enfermos mentales y para la protección de sus derechos. Así por ejemplo la Declaración de las Naciones Unidas del 17 de diciembre de 1991 para el Alto Comisionado en Derechos Humanos señala que “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitario y social”.

A partir de la administración de gobierno instalada en 2005, se fortalecieron las tareas de mejoramiento de la calidad del hábitat y de dignificación de los pacientes en las Colonias de Asistencia Psiquiátrica, que merecen ser destacadas. La actualización de casi un par de centenares de documentos de identidad completando la identificación de los internados; la extensión de las pensiones que cubren al 70 % de los pacientes; un plan director con diversas obras ya concluidas y otras en desarrollo, con notorio avance en las condiciones de convivencia y en las tareas de rehabilitación para el egreso; el fortalecimiento de la rehabilitación basada en la comunidad con un incremento de 120 a 200 en el volumen de los pacientes deshospitalizados. En estas nuevas condiciones se estima que un buen número de pacientes estaría en condiciones de egresar en la medida en que se consoliden los programas comunitarios que complementen las tareas de rehabilitación realizadas en la Colonia.

Mención destacada en el mejoramiento de las condiciones del hábitat, merece la actuación de un conjunto de generosas personalidades, convocadas por la autoridad ministerial en 2006, en la Comisión Honoraria de Administración, Ejecución y Obras.

El Informe de Gestión 2011 reporta 830 personas (431 en "Bernardo Etchepare" y 399 en "Santín Carlos Rossi") albergadas en la Colonia de Asistencia Psiquiátrica.

En nuestro país se ha producido, pues, una reducción sostenida y progresiva del asilo mental desde la segunda mitad del reciente siglo, hasta este remanente que corresponde a una tasa 2,5 pacientes por 10.000 habitantes, es decir que la tasa ha regresado a una cifra inferior a la del "Asilo de Dementes" (1860-1879) que funcionara en la quinta de Don Miguel Vilardebó y que constituyó la primera concentración significativa de enfermos mentales y el comienzo de la etapa custodial y asilar (con una tasa de 6 pacientes por 10.000 habitantes). Si comparamos la actual población asilar con la de mitad del siglo pasado –cuando llegó al máximo–, se ha reducido a una sexta parte; si la comparamos con la población asilar de la época de la apertura democrática (1985), se ha reducido a un tercio.

Sin embargo, debemos estar advertidos que en la última década la reducción ha sido poco significativa (16 %). Esta circunstancia convoca a la reflexión y a profundizar y adoptar medidas orientadas al fortalecimiento de las estrategias comunitarias, que desbordan ampliamente las acciones de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica.

En el notorio descenso de la población del asilo mental en nuestro país no se emplearon medidas administrativas obligatorias como en otros países, que en algunos casos resultaron contraproducentes. Es posible que haya sido el resultado convergente de la efectividad de los psicofármacos y su benéfica interacción con procesos psicosociales, cierto cambio de mentalidad y actitud hacia los enfermos mentales y la atenuación progresiva de la emigración forzada hacia el Hospital Vilardebó y las Colonias por el despliegue de la asistencia psiquiátrica y espacios de rehabilitación psicosocial en los diversos Departamentos del país.

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

Los empeños por dignificar las condiciones de existencia de las personas asiladas y las acciones de rehabilitación psicosocial conducidas desde la Colonia exigen como contrapartida simultánea desarrollar los nuevos escenarios comunitarios. Esos desarrollos comunitarios -aun en fase naciente-, fueron señalados con precisión en el documento Bases para la Reconversión del Asilo Mental antes mencionado:

"Las acciones de alcance nacional son una condición indispensable para superar la exclusión asilar. El Programa Nacional de Salud Mental (actualizado en 2005) señalaba las siguientes:

(1) Elevar la calidad de hospitalización de los pacientes en los episodios críticos. Los servicios asistenciales (públicos y mutuales)

deberán disponer de internación especializada, en salas generales y en domicilio para los episodios críticos. El subsector mutual deberá asegurar la internación durante todo el episodio y cada vez que éste ocurra, sin la limitación actual de treinta días por año.

(2) Consolidar los Centros de Salud en la comunidad. Estos Centros deben transformarse en el escenario principal de la atención en psiquiatría y salud mental, en articulación con el primer nivel de atención integral de la salud.

(3) Multiplicar los Centros de Rehabilitación, pieza fundamental para mejorar la socialización de los pacientes, cooperar con las familias y disminuir la frecuencia de hospitalización. El subsector mutual deberá incorporar la rehabilitación en la cobertura de sus afiliados.

(4) Crear Albergues Comunitarios Permanentes (Hogares Protegidos) para no más de ocho o diez personas, en los que el cuidado y la recreación aporten el mejor nivel de dignidad para cierto porcentaje de pacientes con grave daño y en los que la convivencia familiar no es posible; y Residencias Supervisadas, para los pacientes con buen nivel de desempeño social pero que no conviven con sus familias. Hasta el presente las necesidades de albergue permanente son realizadas por la Colonia de Alienados y las "Casas de Salud", en condiciones muchas veces inaceptables.

(5) El acceso pleno o protegido de los pacientes a la vida social. La variedad de estructuras asistenciales en construcción no son para retener a los pacientes, como alternativa al asilo, sino para facilitar su tránsito a la vida en la comunidad; de allí la importancia de concebir espacios, más allá de los servicios de salud, para que las personas -en el diverso nivel de competencia al que logran acceder- se incorporen a actividades creativas apropiadas. Son caminos viables el Taller Protegido y la Cooperativa Social, asegurada por Ley y que permita a los rehabilitados operar en la actividad productiva sin las desventajas de la discapacidad remanente".

El mencionado documento señalaba, además: "El despliegue coordinado de estas nuevas estructuras permitirá la transformación del Hospital Vilardebó en un Centro de Salud Mental, calificado en hospitalizaciones especializadas y abierto a la comunidad y la superación definitiva de la Colonia de Alienados. La profunda marca de estos asilos en la actividad laboral y en la vida social y cultural de Santa Lucía, 25 de Agosto, Ituzaingó, Pueblo Nuevo, Villa Rodríguez y San José, aconseja la amplia participación de esas comunidades en las vías de superación, comenzando por reconocerles el haber albergado durante casi un siglo más de veinte mil pacientes, gravemente afectados, procedentes de todo el país":

Los avances del arte en salud mental, no benefician aun en forma suficientemente equitativa, accesible, oportuna y universal a nuestra población.

La nueva fase a la que estamos accediendo es heterogénea, incluye aún aspectos inaceptables, pero, entrelazados a emprendimientos esperanzadores, que aportan y potencian la magna transformación en salud que nuestra sociedad está construyendo: el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de firmes bases solidarias, humanistas y científico-técnicas. Nuestro movimiento democrático en salud mental tiene ahora la gran oportunidad de anidar y florecer en él, superando el prolongado periplo de exclusión social y sanitaria.

(¹) Versión corregida y actualizada del artículo "Noventa años de la Colonia Etchepare" publicado en la Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 66 N° 2: 119-127; diciembre, 2002.

(²) Ex Directora de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica "Dr. Bernardo Etchepare".

(³) Ex Profesor Director de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- 1) Arduino, M; Cáceres, D; Grases, E. Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi: su evolución entre los años 1912 y 1992. *Rev Psiquiat Urug* Año LVIII; N° 328: 10-22; 1994.
- 2) Arduino, M; Cáceres, D; Grases, E. Aspecto histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. *Rev Psiquiat Urug* Año LIX; N° 330: 19-34; 1995.
- 3) Arduino, M; Porciúncula, H; Ginés, A. La Reforma Psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa Nacional de Salud Mental en Uruguay. *Rev Psiquiat Urug* Vol 64, N°2: 302 - 316; agosto, 2000.
- 4) Arduino M y Ginés AM. Noventa años de la Colonia Etchepare. *Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66 (2):119-127.
- 5) Bases para la Reconversión del Asilo Mental. Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, Red de familiares de Instituciones de Apoyo, Investigación y Rehabilitación en Salud Mental, Dirección del PNSM, DIGESA, MSP; 2005.
- 6) Chanoit, P. Informe sobre la Salud Mental en el Uruguay. OPS/OMS, 1966.
- 7) Declaración de Caracas. Conferencia sobre Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina. Caracas. Venezuela, 1990.
- 8) De Plato, G; Venturini, E. La Promoción de la Salud Mental. Curso de Formación para Operadores y Dirigentes Latino Americanos de Salud Mental. Emilia Romagna Press OPS/OMS, 2000.

- 9) Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay. *Mental Disability Rights International*. Washington College of Law. American University. Washington DC, jun 1995.
- 10) Do Campo Coronato, O. Informe Gestión 2011. Colonia de Asistencia Psiquiátrica "Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Sanntín Carlos Rossi".
- 11) Fioritti, A; Lo Russo, L; Melaga, U. Reform Said or Done? The Case of Emilia-Romagna Within the Italian Psychiatric Context. *Am J Psychiatry*; 154:94-98, 1997.
- 12) Garmendia, F. Asistencia de los Alienados en la Colonia. Trabajo presentado en el Primer Congreso de Asistencia Pública. Montevideo, 1927.
- 13) Ginés, A. Desarrollo y Ocaso del Asilo Mental en el Uruguay. *Rev Psiquiat Urug*, Vol 62, N°2: 37-40; octubre, 1998.
- 14) Ginés, A. Hacia una renovación permanente de nuestra joven y centenaria psiquiatría. *Rev Psiquiat Urug* 63:27-43, 1999.
- 15) Gorlero Bacigalupi, R. A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiat Urug*, Año 48; N° 283: 87 - 119, 1983.
- 16) Ladowsky, I. Investigación y Seguimiento del programa de asistencia familiar de la Colonia B. Etchepare. *Rev Psiquiat Urug* 63:44-66, 1999.
- 17) Lamb, R. Desinstitutionalization at the Beginning of the New Millenium. *Harvard Review of Psychiatry*, mayo-junio, pg 1-10, 1998.
- 18) Más de Ayala, I. La Colonia de Alienados Dr. Bernardo Etchepare. Publicación de circulación interna de la Institución, 1937.
- 19) Maeso, CM. El Uruguay a través de un Siglo. Montevideo. Imprenta La Moderna. Año 1910, pg 176-179. Publicación de la Presidencia de la República.
- 20) Murguía, D. Evolución de la Asistencia Psiquiátrica. *Rev Psiquiat Urug*, Año 48; N° 283: 120-126, 1983.
- 21) Murguía, D; Soiza Larrosa, A. Desarrollo de la Psiquiatría en el Uruguay. *Rev Psiquiat Urug*, LII: 169-179, 1987.
- 22) Perris, C; Kemali, D. Focus on the Italian Psychiatric Reform; an introduction. *Acta Psiquiátrica Escandinava*. Suplemento N° 316, pg 9-25, 1985.
- 23) Programa Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública, 1986.
- 24) Situación de la Asistencia Psiquiátrica y Propuesta de Cambio. Investigación de la Comisión de Salud Mental de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. *Rev Psiquiat Urug*, 5:1-16, 1986.
- 25) Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. PNSM, DIGESA, MSP. Uruguay, 2005.
- 26) Soiza Larrosa, A. Esbozo Histórico sobre la Psiquiatría y sus Servicios Hospitalarios en el Uruguay 1788-1907. *Rev Psiquiat Urug*. Año 48; N° 283: 1 - 18, 1983
- 27) Strozzi, C; Gil, JL; Registro de los Servicios Psiquiátricos con hospitalización por Departamentos. ASSE, 1997.