

XVII Congresso Brasileiro de Sociologia

20 a 23 de Julho de 2015, Porto Alegre (RS)

Grupo de Trabalho: Saúde e sociedade

Título do Trabalho: La medicalización del crimen en Uruguay a comienzos del siglo XX

Nome completo e instituição dos autores:

Elizabeth Ortega Cerchiaro, Universidad de la República, Uruguay

María José Beltrán, Universidad de la República, Uruguay

Introducción

El trabajo expone los primeros resultados de la indagación de corte genealógico sobre la medicalización del crimen en Uruguay en el pasaje del siglo XIX al XX¹. En ese período, Uruguay experimentó un proceso creciente de modernización en términos económicos, políticos y culturales que estuvo caracterizado por la implementación de dispositivos tendientes a regular la vida social: se hizo necesario que aquellos comportamientos considerados peligrosos pasaran a ser clasificados según criterios científicos que los tornaran inteligibles y abordables. Tal fue el caso de ciertos tipos de comportamientos criminales que se presentaban como irracionales o que revelaban algún tipo de anormalidad. A modo de hipótesis se plantea en este trabajo que el saber médico psiquiátrico institucionalizado en Uruguay a comienzos del siglo XX, se presenta como un elemento central en la conformación de las estrategias biopolíticas de gestión de los comportamientos desviados.

La psiquiatría en Uruguay se habría conformado en su fase inicial, a principios del siglo XX, a partir de un eclecticismo teórico conceptual, caracterizado por la supremacía de la psiquiatría francesa de origen moreliano, por el psicoanálisis y por una influencia más tenue de la psiquiatría kraepeliniana y de la criminología italiana.

La modernización uruguaya

En el pasaje del siglo XIX al XX el Estado uruguayo se consolidó a partir de una serie de procesos que revistieron ciertas particularidades, si se los compara con los países vecinos, siendo las fundamentales la debilidad de la alianza de poder típica del continente: sectores agrocomerciales, Iglesia y fuerzas armadas y la relatividad de las restricciones de la dependencia externa (por que formaba parte del imperio informal británico, y porque era frontera de la región): “La combinación de ambas debilidades: la de la implantación oligárquica y la de la implantación capitalista, contribuyó a reforzar la presencia del Estado en la sociedad civil y la centralidad de sus funciones en la formación social uruguaya” (Caetano, Rilla: 1996, 91).

Los autores señalan que los objetivos de la primera fase modernizadora, que transcurre

¹ Esta investigación se desarrolla en el marco del Proyecto de investigación “A medicalização do crime no Brasil e Urugai: uma indagação genealógica”. Universidade Federal de Santa Catarina – Universidad de la República Uruguay. 2013. Financiado por cnpq Brasil.

entre 1870 y 1900, fueron consolidar la presencia del Estado en la sociedad y en la economía; afirmar la propiedad privada (a través del alambramiento de los campos) y reinsertar al Uruguay como Estado y como nación en el contexto mundial de fines del siglo XIX. Ese Uruguay se constituyó en el marco de procesos militaristas, y se caracterizó por la diversificación productiva, la modificación de pautas de consumo, la complejización social (con la presencia de una fuerte corriente inmigratoria), la extensión de la educación, el control de la natalidad y de la cultura urbana, secularizada, con un importante ajuste del sistema político y la formación del sistema de partidos. Se podría definir como un modelo agroexportador en lo económico y autoritario en lo político. La refundación del Estado estuvo orientada a dar garantías al proceso de acumulación y compensar las debilidades de la implantación oligárquica uruguaya (Caetano, Rilla: 1996). Este proceso produjo en la sociedad rural la marginación de sectores por el cercamiento de los campos, el abandono de las prácticas tradicionales de sociabilidad y el retorno a una condición errante de mucha población en busca de sustento, con la consiguiente migración hacia las ciudades.

Con el inicio del siglo XX y la instalación del denominado Primer Batllismo² se produce un fuerte proceso democratizador, secularizante,³ de fuerte industrialización, con una consistente y temprana legislación de protección social, si se la compara con otros países de la región.

El batllismo nació en el Estado, dueño de la fuerza militar (a partir de 1904) y agente de una práctica interventora en lo económico y social. Nació en un partido de larga tradición, una de cuyas características era el ejercicio del gobierno, lo que lo había identificado con el Estado, su burocracia, y el grupo de políticos profesionales.

Este proceso de creciente modernización en términos económicos, políticos y culturales que estuvo caracterizado por la implementación de dispositivos tendientes a regular la vida social hizo necesario que aquellos comportamientos considerados peligrosos pasaran a ser clasificados según criterios científicos que los tornaran inteligibles y abordables. Tal fue el caso de ciertos tipos de comportamientos criminales que se presentaban como irracionales o que revelaban algún tipo de anormalidad.

² Se conoce como Primer Batllismo al período que abarca las primeras tres décadas del siglo XX y debe su denominación al protagonismo central que tuvo José Batlle y Ordóñez en la consolidación de la autoridad estatal en todo el territorio nacional y en el impulso de un sistema de protección social definido como avanzado para su época. Ejerció la Presidencia de la República en dos períodos en esos treinta años.

³ Véase Caetano, G., Geymonat, R. (1997) *La secularización uruguaya (1859-1919) Catolicismo y privatización de lo religioso*. Tomo I. Montevideo. Ed Taurus Santillana.

Desde ese punto de vista es posible afirmar que en el período en cuestión se produjo una modernización de la normativa penal con una transición en las características de la pena: se pasó de la aplicación de castigos físicos a la pena por privación de la libertad. Este cambio es fundamental ya que denota una valoración de la libertad como un bien lo suficientemente valioso como para considerar su pérdida equivalente a los suplicios que se impartían con anterioridad. El punto central del nuevo sistema pasó a ser la cárcel como lugar donde efectivizar esa pérdida de la libertad: el lugar de la punición (Fessler: 2012).⁴

Según este autor una de las transformaciones fundamentales acontecidas en el siglo XIX fue la que tuvo como objeto a la criminalidad y la idea del delito como problema social. Se lo pasó a considerar como un hecho permanente de las sociedades modernas y en consonancia, “el crimen dejó de ser una sumatoria de actos aislados para convertirse en una patología” (Fessler: 2012, 59).

En una sociedad que vivía un fuerte proceso de medicalización, este cambio en la consideración de la criminalidad fue producto y a la vez produjo un fuerte proceso de institucionalización que hizo efectiva la relación entre la medicina y el derecho. Las fuentes consultadas (Barrán, 1995; Morás, 2000) coinciden en señalar que las concepciones higienistas prevalecientes en el período permearon las prácticas del campo médico sanitario, y se extendieron rápidamente a la sociedad en su conjunto: el campo educativo, la distribución de los espacios en las ciudades, las fábricas, la vida familiar e, incluso, las cuestiones vinculadas al delito y al crimen, tanto en lo referido a la víctima como al criminal.

La legislación de la época que aborda la problemática del crimen, establece⁵ el marco legal que responde a las nuevas orientaciones de la criminología: durante el período considerado son aprobadas varias reglamentaciones, guías, y otros formatos legales que intentaban guiar el abordaje de las situaciones ligadas con la criminalidad. Como se verá en todos los casos derecho y medicina establecieron una fuerte alianza.⁶

⁴ Se debe destacar que la supresión de la pena de muerte en la legislación uruguaya se produce en 1907.

⁵ Fessler (2012: 24) destaca especialmente dos instancias: la sanción del Código de Instrucción Criminal en 1878 y del Código Penal en 1888. “En nuestro país la normativa de 1888, (...) tomó como base los contenidos del Código español (1870), y algunos americanos como el peruano (1862), el chileno (1874) y el argentino (1877 para la provincia de Buenos Aires y vigente desde 1886 para todo el país).

⁶ Son varias las disposiciones que cita Soiza Larrosa (en Guido Berro, 2013) que hacen referencia a la intervención de los médicos en causas criminales: Definición de competencias de jurisdicción en causas criminales, de 1860; de Ley de reorganización de la Policía número 1217 del 22 de junio de 1874; reglamento General de Policías Rurales y Departamentales de la Campaña (Decreto del 10 de octubre de 1876, Gobierno de Lorenzo Latorre); Reglamento Interno de la Jefatura Política y de Policía del Departamento de Policía del Departamento de Montevideo. 9 de abril de 1877; Proyecto de Guía Policial aprobado por el presidente Máximo Santos el 4 de setiembre de 1883; Reglamento de Boticas, de 1884; Ordenanza de la Jefatura de Policía para asistencia de heridos, de 1901.

Los formatos institucionales que permitieron ese proceso de medicalización del crimen pueden ser analizados desde la perspectiva de Castel (1980: 211), quien plantea que:

Medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación socio política de conjunto para convertirla en pura cuestión técnica dependiendo de las competencias de un especialista neutro.

En el punto siguiente se abordarán los componentes político-sociales que hicieron posible la apelación a la medicina como saber experto en las intervenciones que fueron implementadas para dar respuesta al problema de la criminalidad y en particular en los casos en que se identificaban situaciones relacionadas con la locura. Este aspecto resultaba de especial relevancia, en la medida en que el problema de la definición de la imputabilidad criminal fue objeto de las pericias encargadas por las instancias judiciales a los médicos, en su papel forense.

Justicia, policía, higiene y medicina

La zona de intersección entre la locura y el crimen pone en vinculación una serie de saberes y poderes presentes en las instituciones y en las profesiones que se venían afianzando en Uruguay en el período que nos ocupa, antes incluso de la creación de la Cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina (1907).

Es importante estudiar el papel de la Justicia, del derecho, en el abordaje de la criminalidad ya que es quien convoca a la medicina a dar su parecer, a establecer su trabajo pericial. Por tanto es importante rastrear a partir de cuándo y en qué circunstancias fue posible que se la comenzara a convocar con esa función.

Se intentará describir esas conexiones que surgen del estudio de las fuentes disponibles.⁷

Se podría afirmar que la alianza entre el derecho y la medicina en la consideración del crimen tuvo tempranas manifestaciones en Uruguay. Guido Berro (2013) releva la centralidad de esas preocupaciones, que se concreta en la temprana creación de la Cátedra de Medicina Legal, en 1877, a dos años de fundada la Facultad de Medicina (1875).⁸

⁷ Las fuentes consideradas refieren a la legislación de la época, a informes médico-legales elaborados por médicos en el periodo considerado, Revista Médica del Uruguay, Anales de la Facultad de Medicina y Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

⁸ Guido Berro (2013) describe una serie de hitos desde la Medicina Legal: en 1877 asume Diego Pérez, primer profesor de la Cátedra de Medicina Legal. En 1907 se crea el cargo de médico asesor de los

También otorga un papel central a dicha especialidad:

La medicina legal ha sido una madre generosa, una ciencia centrífuga generadora de conocimiento, de su seno hace ya muchos años, surgió la Salud Pública, la Higiene, la Toxicología, la Medicina Laboral, la Tanatología, la Patología Forense, la Psiquiatría forense y seguramente seguirán naciendo otras especialidades médicas como la Baremología, o la Valoración del daño a la persona, etc. (Guido Berro, 2013: 29)

En el artículo “Médicos al servicio de la verdad jurídica. Historia de los médicos de policía y los médicos forenses en el Uruguay (1826-1918)”, que se reproduce en Guido Berro (2013: 34), Augusto Soiza Larrosa indica que:

En Uruguay como en otros países hispanoamericanos el sistema judicial encargado de la investigación de actos violentos contra las personas y muertes no naturales estuvo a cargo de tribunales y jueces independientes de los otros poderes del Estado. El concurso médico, en caso de ser necesario, fue (y es) secundario y en carácter de asesoría técnica. El sistema ‘magistrado-médico’ fue la consecuencia natural de las normas del derecho romano canónico en el derecho castellano trasplantadas por España a sus colonias en América.

También destaca que la alianza justicia-medicina se dio tempranamente en Uruguay a través de varios formatos institucionales: el médico de policía, el médico de policía sanitaria, el médico municipal, el médico del servicio público, los médicos forenses.

Respecto de los *médicos de policía* Soiza Larrosa (en Guido Berro, 2013: 35) indica que:

La policía, cuerpo creado en 1826, tuvo a su cargo durante todo el siglo XIX y principios del XX muchas funciones públicas que luego fueron siendo derivadas a otros institutos. En una nación en vías de organización, con una campaña casi desierta, sin vías de comunicación, la policía fue encargada también de controlar la vacuna, vigilar la higiene pública, asistir a los pobres y colaborar con los jueces además de sus funciones naturales de prevención y persecución de los delitos. De ahí la importancia que tuvieron los médicos de las jefaturas políticas, llamados ‘de policía’. Cuando se promulgó el primer Código de Instrucción Criminal (1878) los médicos de policía fueron expresamente encargados de asesorar a los jueces y sólo en caso de no haberlos en el lugar, lo que era habitual en el Uruguay profundo, se hacía referencia a otros.

Afirma, también, que entre 1827 y 1879 el médico de policía⁹ debió enmarcar sus

tribunales. En 1918 el médico asesor de los tribunales pasa a denominarse Médico Forense (Ley 5.635 del 25 de enero de 1918). En 1937 se crea el actual Instituto Técnico Forense, por ley 9.667 del cual dependen actualmente los médicos forenses. En 1972 se crea el posgrado de medicina legal y se otorgan certificados de especialista en medicina legal o médico legista. En 2003 la Suprema Corte de Justicia exige como prerrequisito para los concursos a cargos de médico forense el poseer título de especialista en medicina legal (médico legista). En 2006 el certificado de especialista pasa a ser título.

⁹ Soiza Larrosa (en Guido Berro, 2013: 37) hace referencia a una exposición del diputado Francisco

actividades en reglamentos internos en los que se hacía especial referencia a su obligación pericial. Destaca como algunas de esas obligaciones el reconocimiento de lesionados, la imposibilidad para el trabajo, las autopsias, la certificación de enterramiento “e incluso reconocimiento de vagos y enajenados” (Soiza Larrosa en Guido Berro, 2013: 36).

En ese mismo sentido indica que la Guía Policial aprobada en 1883, establecía que los médicos de policía, además de otras tareas, debían reconocer a los dementes y mendigos. Calificaba a los dementes como los “al parecer furiosos por su locura” lo que habilitaba a la policía a conducirlos al Manicomio Nacional, comunicando al juez departamental la remisión”. (Soiza Larrosa en Guido Berro, 2013: 38).

También se indica en dicha Guía que:

(...) con respecto a los mendigos, el médico debía informar si eran inhábiles para el trabajo (con destino al Asilo de Mendigos de la Unión), o presentaban lesiones de tipo contagioso (pasados a la Comisión de Caridad para su asistencia). Pero si no tenían causa para mendigar serían pasados a juez por considerados ‘vagos’. La vagancia fue considerada una causa de peligrosidad predelictual, lo que explica la intervención judicial. (Soiza Larrosa en Guido Berro, 2013: 38).

Por su parte, en el Manual para las Jefaturas de Policía de Campaña de 1896 se establecía que “los partes de homicidios y lesiones elevados por los comisarios debían adjuntar el informe del médico de policía y prohibió el pase directo al Manicomio Nacional de enfermos sin certificado médico e informe del caso”. (Soiza Larrosa en Guido Berro, 2013: 38).

Aparecería delineado, en estos reglamentos, manuales y guías de fines del siglo XIX, un espacio donde primaba un modo de establecer las clasificaciones y los destinos de los individuos clasificados, hacia alguna de las instituciones donde se vinculaban los aspectos punitivos e higiénicos. Ese tipo de clasificaciones, además, reitera la ya clásica necesidad de distinción de los pobres merecedores de la asistencia y los pobres que se encuentran aptos para el trabajo y no lo hacen (Castel, 2004). Esa situación de “vagancia” considerada causa de peligrosidad predelictual, también debía ser “diagnosticada” por el médico en su función forense, y así determinar el ingreso al sistema punitivo.

La “demencia” era una categoría que se asociaba a la vagancia, pero que tenía otra

Bauzá en la Cámara de Diputados en 1879, donde hace una dura crítica a los médicos de policía de campaña, indicando que “el servicio médico de policía de la campaña lo hacen generalmente individuos recientemente llegados al país, que no encontrando en la capital de la República un teatro desocupado para desempeñar sus servicios se transportan a la campaña a fin de hacerse conocer allí y adquirir aquellas relaciones que son tan necesarias a los que se ejercitan en una profesión científica”.

institución de destino cuando, a partir de 1860 se crea el primer Asilo de Dementes. La alianza policía-higiene formó parte de los primeros pasos de institucionalización del papel forense de la medicina.

Con respecto a los *médicos de policía sanitaria*, Soiza Larrosa (en Guido Berro, 2013) indica que médicos con funciones de policía sanitaria existieron, también, desde los primeros años de la República ya que el decreto del 16 de setiembre de 1830 creó el primer Consejo de Higiene Pública con funciones que incluían las "relativas a la medicina legal" y que el Consejo o Junta de Higiene Pública también tenía entre sus cometidos asesorar a los jueces.

Fue en el Reglamento del año 1883, donde aparece la primera denominación como médicos forenses a los dos que se nombraría para actuar en Montevideo en el marco de la Junta de Higiene Pública.¹⁰

Indica (Soiza Larrosa en Guido Berro, 2013: 41) que:

los médicos de policía no fueron eliminados por el Reglamento pero sus funciones fueron ahora compartidas. Es evidente que se trató de desviar la competencia médico legal de la policía hacia la higiene pública, lo que coincide con la incorporación de los nuevos y exitosos progresos en el campo de la medicina y el comienzo de la decadencia de la época militarista. Esta forma de organización perdurará hasta 1915 con una única modificación: en 1910 los médicos de policía sanitaria del interior pasaron a denominarse Inspectores Departamentales de Higiene permaneciendo los de Montevideo como médicos forenses.

Por otra parte, en el decreto del 31 de octubre de 1895 se instituyó, bajo dependencia del ministro de gobierno, un Consejo Nacional de Higiene (derogando el Consejo de Higiene Pública), que también asumía funciones médico legales, de hecho, como miembro nato figuraba el profesor de la cátedra de Medicina Legal y como organismo asesor se formó una Sección de Medicina Legal y Profesional.¹¹

En 1896 se crea la Oficina de Identificación Antropométrica y de Antropología Criminal, dependiente del Consejo Penitenciario, siendo su responsable el Dr. Alfredo Giribaldi, perito médico de los tribunales, que utilizaba el denominado método Bertillon.¹² En este

¹⁰ Indica (Soiza Larrosa en Guido Berro, 2013: 41) que "en 1905 las intervenciones de los médicos forenses del Consejo de Higiene Pública habían sido por los siguientes motivos: heridos leves: 702, heridos graves: 55; muertes sin asistencia médica: 393; envenenados: 35; Suicidios: 34; Homicidios: 23; Demencias: 120; muertes por accidentes: 93"

¹¹ El Consejo Nacional de Higiene editó desde 1906 hasta 1931 un Boletín que contiene numerosos asuntos médico legales.

¹² Alfonso Bertillon, nacido en París en 1853, en 1880 creó un sistema antropométrico de identificación personal. Consistía en la toma de medidas antropométricas a través de instrumentos diseñados por él mismo. Entre estos instrumentos se hallan: un metro y una escuadra, un compás, un compás de corredera, calibrador (pie de rey) y tabla de iris.

punto se inicia una serie de discusiones acerca de la clasificación e identificación de los delincuentes que culmina en el año 1905 cuando se crea la Oficina de Identificación Dactiloscópica. (Fessler, 2015)

Por su parte, el 22 de agosto de 1901 se edita el Reglamento de sanidad terrestre que establece la figura del médico municipal, al cual también se atribuyen funciones médico legales.

La Alta Corte de Justicia se crea en 1907¹³ y en 1908 atribuyó a los médicos pertenecientes a la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública¹⁴ un papel médico pericial, con la obligación de elevar los informes solicitados al Juez.

La ley 5217 de 1915 estableció que en cada capital departamental habría un médico llamado *de servicio público* que sustituyeron a los médicos de policía y guardia de cárceles así como a los inspectores departamentales del Consejo Nacional de Higiene, excepto en Montevideo donde, ya creada la Asistencia Pública Nacional en 1910 la función de servicio público quedó a cargo de los médicos de la misma. (...) Esto no modificó la doble dependencia de los médicos, arrastrada de lejana época. Por un lado, en su función de auxilio policial y visita de encarcelados caían en la jurisdicción de las jefaturas de policía: por su otra actividad oficial dependían del Consejo Nacional de Higiene. (Soiza Larrosa en Guido Berro, 2013: 42).

La Policía reglamentó internamente en 1916 las funciones de los médicos del servicio público. Un paso de relevancia se da en 1933, cuando por Ley de Presupuesto se separaron las funciones médico legales de las higiénico preventivas. Los médicos de servicio público pasaban a tener las funciones de médico de policía y guarda cárceles manteniendo su dependencia del Ministerio del Interior. Por su parte la Asistencia Pública Nacional creó en los departamentos el cargo de Director del Centro de Salud Pública, que luego pasarían a depender del MSP.¹⁵

Se podría afirmar que desde principios del siglo XIX Uruguay contó con una amplia y variada legislación que incluía una serie de dispositivos para atender al problema de la criminalidad. En todos los dispositivos institucionales que diagramó para dar respuesta a ese tema, figura la medicina en su función forense como un agente privilegiado: tanto asociado a la función policial como a la higiénica, muy relacionadas entre sí desde

¹³ En 1934 es sustituida por la Suprema Corte.

¹⁴ La Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública fue una dependencia del Poder Ejecutivo creada por decreto del 20 de julio de 1889 compuesta por 21 miembros “de respetabilidad y arraigo” que ejercía la dirección de los numerosos hospitales e instituciones públicas afines.. SL 45

¹⁵ La ley 9667 de 1937 creó el Instituto Técnico Forense a partir de la Oficina de Identificación y Estudios Médico Legales, dependencia donde se deberían realizar los informes de imputabilidad. SL indica que “en este período de organización y desarrollo del asesoramiento médico legal existieron tres médicos que tuvieron un rol destacado: Abel Zamora, Alfredo Giribaldi y Alejandro Saráchaga.

principios del siglo.

La conformación del saber médico en Uruguay

En este apartado se profundizará en los aspectos vinculados a la formación de los médicos que se desempeñaron en el periodo de estudio, desarrollando las funciones tanto periciales como las relacionadas a la higiene pública, que fueran detalladas en las páginas precedentes.

Durante el periodo colonial, la medicina nacional se nutrió de la actuación de varios médicos españoles, italianos y alemanes. Sin embargo, durante el periodo pre-universitario, es decir, hasta la creación de la Facultad de Medicina en 1875, la medicina funcionó con médicos extranjeros y los nuevos médicos oriundos de nuestras tierras pero formados en las universidades de Paris, Berlín, Filadelfia, Edimburgo, Barcelona o Madrid.

En 1852 se creó la Sociedad de Medicina Montevideana que funcionó hasta 1856 y editó los Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana publicando 11 números en total. Se trató del primer esfuerzo del saber médico por sistematizar su experiencia.

Finalmente, en 1875, se creó la Facultad de Medicina. Las primeras cátedras (las de Anatomía y Fisiología) fueron ocupadas por profesores formados principalmente en Paris y algunos de ellos formados en Buenos Aires.

Las nuevas cátedras creadas en la incipiente formación médica, serán ocupadas por médicos de origen nacional formados en el exterior, conocido como la generación del novecientos. Tal es el caso del Dr. Bernardo Etchepare (1868 – 1925), considerado el padre de la psiquiatría en Uruguay, quien se formara en la Facultad de Medicina pero se especializara en Paris, realizando estadías en varios hospitales y fundara a su regreso, la Clínica Psiquiátrica en el Hospital Vilardebó.

A la generación del novecientos le sucede otra, también de médicos graduados en la Facultad de Medicina pero que cumplieron sus estadías de posgrado en Europa y Estados Unidos. En este periodo es que comienzan a publicarse la Revista Médica del Uruguay y los Anales de la Facultad de Medicina, publicaciones esenciales de las investigaciones desarrolladas en la época por los nóveles médicos, en donde se exponen sus avances tanto en términos de experimentación clínica y quirúrgica, así como la intervención médica en lo que respecta a la medicina social y la medicina legal.

Como fuera expuesto, el cuerpo médico se nutrió del saber europeo, rápidamente

importado a comienzos del siglo XX, mediante el proceso antes informado. Este proceso, según Barrán (1993) se debió a la identificación cultural con Europa de los sectores dirigentes de la política, de la cultura uruguaya y de la mayoría de la población de origen inmigrante y los buenos niveles económicos de Uruguay permitieron la importación de tecnología médico sanitaria de origen europeo.

Tal como afirma Almeida (2006), era necesario que el saber médico alcanzara la legitimación suficiente frente a la necesidad de conformar un saber científico socialmente aceptado. Por otra parte, para el caso uruguayo, este elemento ocupará un lugar destacado, frente a la permanencia todavía a comienzos del siglo XX, de saberes y prácticas populares vinculados al tratamiento de las enfermedades, no aceptados por el cuerpo médico. La creación de sociedades médicas especializadas, la realización de congresos o eventos de carácter regional o la participación en los mismos, así como la edición de publicaciones científicas, dan cuenta de una necesidad de la corporación médica de consolidarse como cuerpo y reforzar su estatuto académico.

Como se desprende de lo expuesto en páginas anteriores, la formación de médicos una vez egresados de la Facultad de Medicina, se realizaba predominantemente en Europa y principalmente en la Universidad de París. Se podría afirmar que la difusión de ideas de un continente a otro, estuvo mediada por un particularismo que le dio cuerpo, estableciendo relaciones particulares entre el saber científico acuñado en Europa y su adaptación a nuestro medio. Para Petitjean (1996), es posible detectar, por ejemplo, la intención del Estado francés y de sus elites académicas, en instituir vínculos con América Latina, con el objetivo de expandir la cultura francesa, estableciendo acuerdos de intercambio de estudiantes entre ambos continentes.

Se podría afirmar, tomando las palabras de Mieres (1997) que desde 1875 y hasta 1920, la influencia de la escuela de medicina francesa fue determinante en la formación de los médicos uruguayos. Para dicha escuela, la observación, la descripción y la sistematicidad fueron elementos claves para el tratamiento de la enfermedad. La escuela alemana, aunque presente, tuvo una influencia menor en nuestro país. Hacia 1910, comienza a tener un peso mayor la escuela norteamericana de medicina, debido a:

La importancia creciente de los Estados Unidos en el contexto internacional en todos los campos, y sus logros en el ámbito de la medicina, llevaron a que se constituyera en la escuela paradigmática de la formación médica. El Uruguay, sin renunciar totalmente a los elementos principales de la escuela de París, comenzó a seguir los lineamientos de

aquella. Eso supuso una mayor importancia del estudio de las ciencias básicas en la formación médica, lo cual en definitiva generó un fortalecimiento de la tendencia organicista en la Facultad (Mieres, 1997:26).

El proceso de institucionalización de la atención a la enfermedad mental

En Uruguay, los pacientes con patología mental fueron tratados como en el resto del mundo -hasta la reforma manicomial- siendo reclusos en prisión cuando cometían actos antisociales. Eran conminados a la prisión en los calabozos del Cabildo de Montevideo, mezclados con los presos comunes. Otros, sin embargo, eran reclusos en las celdas del Convento de San Francisco bajo las estrictas normas de los padres conventuales (Soiza Larrosa, 1980).

De la literatura sobre la historia de la psiquiatría uruguaya se desprenden diferentes etapas en la creación de la red de hospitales que atienden la salud mental. La primera es la creación del Hospital de Caridad. El mismo perteneció a la Hermandad de la Caridad desde su creación en 1788 hasta su disolución en 1856. En dicho hospital, se destinaba un espacio especial para los dementes. Sin embargo, el lugar que ocupaban los médicos en dicho Hospital era reducido, ya que no ingresaban ni controlaban a los enfermos y dependían notoriamente del personal religioso que administraba la institución.

Sin embargo, hacia 1860 con la creación del Asilo de Dementes y en 1880 con la creación del Manicomio Nacional, se institucionaliza un espacio privilegiado para la atención de la locura, asociado desde sus inicios con lo punitivo, dado que los delincuentes declarados inimputables por su enfermedad mental debían cumplir la pena de privación de libertad en el mismo Manicomio. Pese a ello, el poder médico en el Manicomio era escaso: hacia 1860, el médico visitaba a los enfermos solo dos veces por semana y se encargaba principalmente del examen físico, no del mental, estando su intervención subordinada a las Hermanas de la Caridad (Barrán, 1993).

En 1910 el Manicomio Nacional recibe el nombre de Hospital Vilardebó y en 1918, mediante una enmienda constitucional, se pudo contar con recursos para la atención hospitalar, tanto en lo edilicio como en la provisión de cargos técnicos. El Hospital Vilardebó, recargado de pacientes, fue aliviado posteriormente al crearse en 1912 las Colonias de Alienados.

Tal como fue descrito en los párrafos anteriores, el saber médico monopoliza la curación de la enfermedad mental a partir de los primeros años del siglo XX. Hasta entonces, prácticas terapéuticas tales como la homeopatía y otras prácticas vinculadas a otros tipos de saberes eran parte de la cura de las enfermedades: “En el imaginario colectivo, los médicos y los curanderos eran seres y cosas intercambiables y hasta prescindibles” (Barrán, 1993:43)

Sin embargo, con la consolidación del espacio hospitalario para el tratamiento de la enfermedad mental, así como la creación de la Facultad de Medicina y la conformación de un saber médico-científico, permitió la consolidación del saber psiquiátrico que a comienzos del siglo XX obtiene el monopolio de la asistencia a la enfermedad mental, a la vez que obtiene la delegación de la función forense frente al poder judicial.

El nacimiento de la psiquiatría uruguaya a comienzos del siglo XX

De los relevamientos y análisis realizados, se desprendería que en su génesis la psiquiatría estuvo vinculada predominantemente a la Escuela Francesa, aunque también estuvo influenciada por otras corrientes biologicistas y el psicoanálisis. Se podría afirmar que la psiquiatría uruguaya se configuró bajo un eclecticismo con características particulares, conviviendo pacíficamente varias perspectivas y terapéuticas asociadas a ellas (Ginés, 1996)

Así mismo, la figura del médico en las instituciones de atención a la enfermedad mental comienza a consolidarse en la primera década del siglo XX, cuando la figura de las hermanas de la caridad es desplazada producto del proceso de modernización del novecientos. El saber psiquiátrico como especialidad médica, aun en sus formas incipientes, fue esencial para consolidar el espacio de poder médico en el tratamiento de la enfermedad mental.

En el compás entre modernización del Estado uruguayo, medicalización y emergencia de saberes especializados, se crea, en 1907, la Cátedra de Psiquiatría y en 1923, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Tal como sucedió en la trayectoria de la psiquiatría en Francia, las primeras estructuras docentes funcionaron en los Hospitales: tal fue el caso de los catedráticos de psiquiatría en Uruguay, nucleados en el Hospital Vilardebó.

La Cátedra de Psiquiatría nace gracias inserta en el Hospital Vilardebó, siendo el espacio de convergencia de las ideas sobre psiquiatría existentes en el medio hacia 1900.

En 1908, el Dr. Bernardo Etchepare es nombrado su director. Puppo Touriz (1983: 21) describe su pensamiento a partir de la influencia conceptual de sus estadías en París:

Estudiante en Francia, traía de la escuela gala los fundamentos Anatómicos funcionales que en tal momento tenían allí vigencia; por esa tendencia biologicista que le animaba, es que recibió con placer los aportes de las nuevas doctrinas alemanas que en el momento trataban de abrirse paso en el panorama científico de la época (...) No solo enseñó y creó vocaciones, humanizó la asistencia psiquiátrica; trajo al país el eco galo de Poussin y Pinel, que quitaran cadenas en Bicêtre y La Salpêtrière respectivamente.

De los estudios realizados, se desprende que quien fuera fundador de la clínica psiquiátrica, recibió una formación diversa, que incluyó elementos vinculados a la Neurología, la psiquiatría francesa moderna y del incipiente psicoanálisis, producto de su vínculo con la Sociedad de Medicina Psicológica de París, formando parte de la misma y manteniendo asidua correspondencia con sus integrantes. De los documentos relevados (Do Campo, 2004, 2007; Ginés, 1996) se desprende que Etchepare conoció las principales ideas de la psiquiatría de la época, desarrollando en la clínica una especie de eclecticismo conceptual.

En términos institucionales es posible afirmar que a través de la figura del Dr. Etchepare se produjo una re-fundación del Hospital y sus funciones. Esta re-fundación, posicionó el rol del psiquiatra en el tratamiento de la enfermedad mental y lo legitimó como médico autorizado para determinar la responsabilidad de los alienados en los actos criminales.

Ginés (1996) reafirma el carácter integrador de las perspectivas psicoanalítica y psiquiátrica al interior del campo de la clínica, incluso en quienes fueran sus directores posteriores. El esfuerzo de integración permearía la psiquiatría uruguaya hacia distintos enfoques tales como los de Kraepelin y Freud (Bielli, 2010).

El desarrollo de la psiquiatría en Uruguay y la perspectiva ecléctica que adopta, tiene su consecuencia en lo que respecta a la función del médico psiquiatra en su rol de perito forense, para aquellos delitos que implicaban simultáneamente, en su constitución, el crimen y la enfermedad mental.

En términos generales y en función del avance de la investigación, del análisis primario de los informes médico legales de época relevados, que fueron realizados por médicos para determinar la imputabilidad penal de individuos que habían cometido crímenes atroces, se desprende la apelación a diversas corrientes que permitían interpretar las conductas criminales: A la vez que se realizaban estudios antropométricos, según la

tradición de la criminología italiana, se consideraban otros factores de orden psicosocial tales como el medio ambiente, la constitución familiar, el alcoholismo, según la tradición Moreliana, así como la histeria, desde el pensamiento psicoanalítico.

Consideraciones finales

El proceso de colonización médica de la problemática criminal ocurrió por medio de lo que conocemos hoy como proceso de medicalización, que implica la extensión de los dominios de la medicina a otros campos de la vida social por el que transitarán discursos de verdad de amplia influencia. Desde la perspectiva foucaultiana, se podría afirmar que los abordajes de la conducta criminal revisten características asociadas al desarrollo de estrategias biopolíticas de gestión de lo social (Foucault, 2006).

En Uruguay, la asociación entre policía e higiene formó parte de los primeros pasos de institucionalización del papel forense de la medicina. A partir del siglo XIX, la justicia deposita en la medicina la responsabilidad de asesorar a la justicia sobre la responsabilidad penal y la peligrosidad.

Ya a comienzos del siglo XX, la propia psiquiatría tiene en la función forense su marca de origen, por su acción para interpretar el comportamiento criminal. Esa función se comenzó a desarrollar, siendo estructurada con base en el positivismo naciente y con la premisa de analizar la problemática moral, legal y la cuestión de la organización urbana.

La creación de la Cátedra de psiquiatría en la Facultad de Medicina permitió una refundación de las competencias médicas para el abordaje de la enfermedad mental y legitimó al médico como profesional autorizado para determinar la responsabilidad de los alienados en los actos criminales.

Referencias

- BARRAN, J.P. (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. El poder de curar. Tomo 1. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.
- (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Tomo 3. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.
- BIELLI, A. (2012) *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950 – 2000). Transformaciones de los saberes psicológicos*. Montevideo. Biblioteca Plural CSIC.
- CAETANO, G., RILLA, J. (1996) *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur*. Colección CLAEH. Montevideo. Editorial Fin de Siglo.
- CAETANO, G., GEYMONAT, R. (1997) *La secularización uruguaya (1859-1919) Catolicismo y privatización de lo religioso*. Tomo I. Montevideo. Ed Taurus Santillana.
- CASTEL, R. (1980) *El orden psiquiátrico*. Ediciones de la piqueta. Madrid.
- _____ (2004) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- DO CAMPO, O. (2004) *Introducción a la obra científica del Profesor Bernardo Etchepare*. Revista Uruguaya de Psiquiatría Biológica, N° 4, octubre, 2004.
- , *Bases de la Clínica Psiquiátrica Uruguaya*. Revista Uruguaya de Psiquiatría Biológica, N° 7, junio 2007.
- FESSLER, D. (2012) *Derecho penal y castigo en Uruguay. 1878-1907*. Universidad de la República. CSIC. Montevideo.
- _____ (2015) *El delito con rostro: los comienzos de la identificación de delincuentes en Uruguay*. En: Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica Rio de Janeiro: vol. 7, no.1, janeiro-abril, 2015, p. 15-39.
- FOUCAULT, M. (2006) *Seguridad, territorio y población*. Curso en el College de France. 1977-1978. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- GINÉS, A.M. *La Clínica Psiquiátrica universitaria: un compromiso con la población por el camino de la calificación permanente*. Revista Uruguaya de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica del Uruguay. N° 84 - 85, 1996.
- MIERES, G. (1997). *El sector salud. 75 años de un mismo diagnóstico*. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo.
- MORÁS, L.E. (2000) *De la tierra purpúrea al laboratorio social*. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental.

- PETITJEAN, P. (1996) *Entre ciencia e diplomacia* en Hamburger A; Dantes, M; Paty, M; Petitjean, P. (1996) A ciencia nas relaçoess Brasil – França (1850-1950). Sao Paulo, EDUSP.
- PUPPO TOURIZ, H. *La cátedra de psiquiatría. Su evolución histórica*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Año 48, N° 283, Enero – Febrero 1983, pp. 19 – 36.
- SOIZA LARROSA, A. *Antecedentes Históricos sobre el desarrollo de la psiquiatría en el Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Año XLV, N° 267, Mayo – Junio 1980, pp. 97 – 117.