

# Más allá del cierre: reforma psiquiátrica, comunidad y derechos en América Latina. Un análisis comparativo entre Uruguay y Brasil.

**AMARANTE, Paulo.**

Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Brasil

Contacto: pauloamarante@gmail.com }

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834>

**TECHERA, Andrés.**

Programa APEX de la Universidad de la República de Uruguay

Contacto: andres.techera@apex.edu.uy

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0514-4535>

**Recibido:** 27/07/2025; **Aceptado:** 11/10/2025

**Cómo citar:** Amarante, P. y Techera, A. (2025). Más allá del cierre: reforma psiquiátrica, comunidad y derechos en América Latina. Un análisis comparativo entre Uruguay y Brasil. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (19), 33-59

## Resumen

Este artículo analiza críticamente las tensiones, avances y contradicciones de los procesos de reforma psiquiátrica en América Latina, a partir de la comparación entre el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, en Montevideo (Uruguay) y la transformación de la Colonia Juliano Moreira, en Río de Janeiro (Brasil). Ambos casos permiten reflexionar sobre los alcances y límites de la desinstitucionalización cuando esta no se acompaña de políticas públicas sostenidas, recursos adecuados y participación social activa. El objetivo del trabajo es examinar comparativamente las experiencias de cierre y transformación de estas dos instituciones psiquiátricas, en el marco de los procesos de reforma desarrollados en ambos países.

El estudio se organiza en torno a siete ejes transversales: la desinstitucionalización y sus formas de implementación; el cuidado en libertad como horizonte

ético-político; la relación entre comunidad y territorio; la construcción de memoria frente a los silenciamientos institucionales; las experiencias de sustitución del manicomio; la centralidad de los derechos humanos; y la sostenibilidad de las políticas públicas en contextos de desigualdad social.

El análisis comparativo muestra que el cierre de los hospitales psiquiátricos, aunque necesario, no garantiza por sí mismo una transformación real. Esta sólo es posible cuando se articula con redes comunitarias estables, marcos normativos coherentes, memoria colectiva y el protagonismo de personas usuarias, ex usuarias/os, sobrevivientes, familiares y colectivos sociales. La superación del modelo manicomial exige transformar no sólo las instituciones, sino también las prácticas de cuidado, las condiciones materiales de vida y los imaginarios culturales que sostienen la exclusión.

En este sentido, la reforma se configura como una plataforma para promover nuevos diálogos con la sociedad, orientados a reconocer y restituir derechos, habilitar formas diversas de identidad y construir territorios de cuidado inclusivos. De este modo, las conclusiones reafirman que el cierre y la transformación institucional sólo alcanzan su sentido pleno cuando se traducen en políticas de salud mental basadas en la dig-

nidad, la autonomía y la justicia social, desafío aún pendiente para las democracias latinoamericanas.

**Palabras Claves:** desinstitucionalización psiquiátrica, salud mental comunitaria, participación social, política de salud mental, derechos humanos

**Beyond the Closure: Psychiatric reform, community, and rights in Latin America. A comparative analysis between Uruguay and Brazil**

#### Abstract

This article critically examines the tensions, progress, and contradictions of psychiatric reform processes in Latin America, based on a comparison between the closure of the Musto Psychiatric Hospital in Montevideo (Uruguay) and the transformation of the Colônia Juliano Moreira in Rio de Janeiro (Brazil). Both cases invite reflection on the scope and limits of deinstitutionalization when it is not accompanied by sustained public policies, adequate resources, and active social participation. The objective of this study is to comparatively examine the experiences of closure and transformation of these two psychiatric institutions within the framework of the reform processes developed in Brazil and Uruguay.

The study is organized around seven cross-cutting themes: deinstitutionalization and its forms of implementation; care in freedom as an ethical and political horizon; the relationship between community and territory; the construction of memory in the face of institutional silences; experiences of asylum substitution; the centrality of human rights; and the sustainability of public policies in contexts of social inequality.

The comparative analysis shows that the closure of psychiatric hospitals, although necessary, does not by itself guarantee real transformation. Such transformation is possible only when articulated with stable community networks, coherent regulatory frameworks, collective memory, and the active participation of service users, former users, survivors, families, and social collectives. Overcoming the asylum model requires transforming not only institutions but also care practices, material living conditions, and the cultural imaginaries that sustain exclusion.

In this sense, the reform is conceived as a platform to promote new dialogues with society, aimed at recognizing and restoring rights, enabling diverse forms of identity, and building inclusive territories of care. In conclusion, the findings reaffirm that institutional closure and transformation only achieve their full

meaning when translated into mental health policies grounded in dignity, autonomy, and social justice—a challenge that remains pending for Latin American democracies.

**Keywords:** psychiatric deinstitutionalization, community mental health, social participation, mental health policy, human rights

### En memoria del profesor Emiliano Galende

Al cerrar este trabajo, reconocemos la relevancia del pensamiento de Emiliano Galende, figura clave en la construcción de una perspectiva crítica sobre la salud mental comunitaria en América Latina. Su trayectoria dejó enseñanzas fundamentales sobre la necesidad de vincular la salud mental con la vida social y los derechos, evitando las simplificaciones técnicas o institucionales (Galende, 2015).

Galende insistió en que transformar la salud mental no implica sólo cerrar manicomios o crear dispositivos sustitutivos. Lo central, sostenía, es modificar las condiciones que producen sufrimiento, reconstruir lazos sociales, garantizar derechos y apostar por formas de cuidado basadas en la dignidad y la participación. Esta perspectiva resulta especialmente pertinente frente a los procesos analizados en este artículo: tanto en el cie-

rre del Hospital Musto como en la transformación de la Colonia Juliano Moreira, se expresan las tensiones entre la sustitución institucional y el cambio real de las prácticas, cuestión que Galende advertía desde sus primeros escritos.

Desde su mirada, las reformas corren el riesgo de quedar atrapadas en cambios formales si no logran transformar las prácticas reales de atención y los vínculos cotidianos. Advirtió que los discursos de derechos humanos pueden vaciarse si no se concretan en la vida diaria de las personas, y alertó sobre cómo las lógicas de encierro pueden reaparecer bajo nuevas formas si no se modifican las estructuras sociales (Galende, 1997). Su lectura crítica de la modernización psiquiátrica y de las políticas de riesgo son fundamentales para pensar los desafíos de la desinstitucionalización en América Latina.

Este artículo retoma algunos de esos planteos: la necesidad de pensar el cuidado en libertad como práctica concreta, el valor de la memoria para evitar la repetición del encierro, y la comunidad como espacio activo donde las personas recuperen autonomía y ciudadanía. Su legado invita a mantener una perspectiva crítica, donde cada transformación sea medida no sólo por cambios normativos, sino por el impacto real en la vida

de las personas, especialmente de quienes han sido históricamente marginadas.

## Introducción

Cerrar no es transformar. Esta afirmación sintetiza una tensión estructural presente en los procesos de reforma psiquiátrica en América Latina. Desde la Declaración de Caracas (OPS, 1990) se promueve el cierre de hospitales monovalentes, pero la clausura física no garantiza cambios reales en las prácticas ni en el paradigma asilar.

Esta tensión no se limita a un debate terminológico, sino que expresa disputas históricas sobre la función social asignada a la locura, el rol del Estado en la garantía de derechos y las condiciones necesarias para la inclusión de las personas. La clausura de los grandes asilos puede representar un avance, pero, si no es acompañada por la consolidación de redes comunitarias sólidas, transformaciones culturales y prácticas centradas en la autonomía y la ciudadanía, persiste el riesgo de sustituir muros físicos por nuevas formas de exclusión invisibilizada (Amarante, 2023; Techera, 2025).

Este artículo se sitúa en ese debate a partir del análisis crítico de dos experiencias emblemáticas de la región: el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto

en Uruguay, en 1996, y el proceso de transformación institucional de la Colonia Juliano Moreira en Río de Janeiro, en Brasil, en el marco de la reforma psiquiátrica brasileña. La elección de estos casos responde a que representan trayectorias contrastantes dentro del campo de la salud mental en América Latina: mientras el caso uruguayo evidencia una clausura abrupta sin red sustitutiva consolidada, el brasileño muestra un proceso sostenido de transformación programática articulada con políticas públicas y participación social. Ambas situaciones permiten interrogar los sentidos políticos, sociales y éticos de la desinstitucionalización, poniendo en diálogo modelos paradigmáticos diferentes pero atravesados por desafíos comunes.

En Uruguay, el cierre del Musto se produjo en un contexto de crisis institucional y sanitaria, sin consolidar un sistema sustitutivo de atención. Tal como plantearon De León y Fernández (1996), se trató de una “desmanicomialización forzada”, aplicada sin garantías para las personas internadas de larga estadía y sin una red comunitaria efectiva, lo que derivó en múltiples situaciones de vulneración de derechos y abandono.

La experiencia brasileña presenta un recorrido distinto. La transformación de la Colonia Juliano Moreira se inició en la década de 1970 con el impulso sostenido

de los movimientos sociales, y se profundizó en los años 1980 con la creación de nuevos dispositivos de atención. Fue un proceso más prolongado, que posteriormente se vio respaldado por marcos normativos como la Ley Federal 10.216/2001, orientada a consolidar el paradigma del cuidado en libertad y en el territorio. Aunque atravesada por avances y retrocesos, la reforma psiquiátrica brasileña logró fortalecer una red comunitaria de atención y sentar las bases de un modelo sustitutivo al encierro (Caponi y Vásquez, 2015).

Desde estas dos referencias nacionales, el artículo propone una reflexión sobre las tensiones, contradicciones y aprendizajes que atraviesan los procesos de desinstitucionalización. No se busca una comparación lineal ni homogénea, sino un análisis transversal que permita reconocer tanto las diferencias como los núcleos comunes de debate: ¿qué implica sustituir el manicomio y bajo qué condiciones puede el cierre traducirse en una transformación real?

Este trabajo, basado en las experiencias uruguayas y brasileñas, recupera trayectorias históricas y desafíos actuales para aportar a la actualización del debate regional sobre la reforma psiquiátrica. Se asume un enfoque de derechos, entendiendo que el cierre del manicomio sólo es legítimo cuando se vincula con la restitución de

derechos, la construcción comunitaria, la perspectiva territorial y la ampliación de autonomía para quienes atraviesan sufrimiento psíquico.

Este artículo adopta una perspectiva comparativa y documental, basada en la revisión crítica de fuentes bibliográficas, normativas y testimoniales sobre las reformas psiquiátricas en Uruguay y Brasil. La comparación busca identificar convergencias y divergencias entre ambos procesos, considerando sus condiciones históricas, institucionales y políticas. Se analizan documentos oficiales, leyes, informes de organismos internacionales, trabajos académicos y producciones de colectivos sociales. Más que un estudio empírico, se propone un ensayo analítico que articula reflexión teórica y análisis histórico-político, situando la desinstitucionalización en un marco latinoamericano de derechos y ciudadanía.

### **1. Cierre del Musto y transformación del Juliano Moreira: entre clausuras y disputas históricas**

A continuación se comparan ambos casos considerando sus condiciones históricas, institucionales y políticas, para examinar cómo cada proceso configuró distintas estrategias de sustitución del modelo manicomial. Los cierres o transformaciones de hospitales psiquiátricos en América Latina expresan no sólo deci-

siones sanitarias, sino disputas históricas sobre el lugar social de la locura y las formas de producir cuidado. El análisis del cierre del Hospital Musto y de la transformación de la Colonia Juliano Moreira permite interrogar el alcance real de la desinstitucionalización y su capacidad para reorientar las políticas de salud mental.

#### **1.1. El cierre del Hospital Musto: clausura sin memoria colectiva**

Inaugurado en 1981, el Hospital Musto fue concebido como un hospital modelo para la atención de pacientes agudos, con el propósito de aliviar la sobrepoblación del Hospital Vilardebó y de las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi. Llegó a tener 300 personas internadas. No obstante, su funcionamiento pronto evidenció una reproducción de las mismas condiciones de exclusión y abandono que buscaba superar: hacinamiento, precariedad edilicia, medicación excesiva y cronificación de los internamientos. Las denuncias reiteradas por violaciones a los derechos humanos minaron progresivamente su legitimidad institucional, hasta convertirlo en un símbolo de las limitaciones de las políticas psiquiátricas de la época (Massonnier, 1997; Rudolf, 1996; Baroni, 2016). La clausura del Hospital Musto en 1996 se llevó a cabo en un contexto marcado por crisis política, sanitaria y presupuestal. De León

y Fernández (1996) caracterizaron este proceso como un cierre reactivo y sin la planificación gubernamental necesaria para garantizar la continuidad de los cuidados. Como documentan los informes parlamentarios de la Cámara de Representantes de Uruguay (1996) y los estudios posteriores (Massonnier, 1997; Turnes, 2019), la medida se ejecutó sin un plan integral de sustitución ni una red consolidada de dispositivos comunitarios. Las personas internadas fueron derivadas de forma fragmentaria: trasladadas al Hospital Vilardebó y a las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, ya desbordadas; otras enviadas a instituciones geriátricas no especializadas o reintegradas a entornos familiares sin apoyos adecuados. Esta redistribución, reconstruida a partir de documentos oficiales y entrevistas recogidas en la investigación, evidencia la ausencia de protocolos de seguimiento y la precariedad estructural del sistema. Un número significativo de ex internas/os terminó en el circuito de exclusión social, transitando entre la calle, las emergencias psiquiátricas y, en no pocos casos, la institucionalización penal.

Un rasgo distintivo del caso uruguayo es la ausencia de una memoria institucional sobre el cierre del Hospital Musto. Los registros oficiales son escasos y el hecho quedó prácticamente omitido de las políticas públicas posteriores. Como señalan Apud, Borges y Techera

(2010), el Musto fue “clausurado sin relato”, sin un proceso de elaboración colectiva que permitiera comprender sus causas ni reconstruir las condiciones de vida de quienes allí estuvieron internados. En la misma línea, Baroni (2016) advierte que esta falta de memoria crítica favoreció la invisibilización de la violencia manicomial y consolidó un vacío discursivo que obstaculizó la creación de políticas reparadoras y de dispositivos comunitarios sólidos. La omisión, por tanto, no sólo borró huellas institucionales, sino que también limitó la posibilidad de construir aprendizajes para orientar transformaciones futuras.

## **1.2. La transformación del Juliano Moreira: entre cambio institucional y disputa política**

Fundada en 1924 en el barrio de Jacarepaguá (Río de Janeiro), la Colonia Juliano Moreira se consolidó como una de las mayores instituciones psiquiátricas del país, llegando a albergar aproximadamente 5.300 personas internadas en su momento de mayor afluencia. A lo largo del siglo XX, funcionó bajo las lógicas clásicas del encierro, centradas en la cronificación, la estigmatización y la pérdida del lazo comunitario (Caponi y Vásquez, 2015). A partir de la década de 1990, el complejo inició un proceso de transformación institucional en el marco de las políticas de municipalización

y reforma psiquiátrica impulsadas por el Ministerio de Salud de Brasil, que culminaron con la transferencia administrativa al municipio de Río de Janeiro en 1996. Este proceso significó el cierre progresivo de los pabellones asilares y la creación de nuevos dispositivos territoriales de atención psicosocial, en consonancia con los principios de la reforma psiquiátrica brasileña y la futura Ley 10.216/2001.

A partir del impulso del movimiento antimanicomial brasileño y del marco proporcionado por la Declaración de Caracas (1990), el Juliano Moreira transitó un proceso progresivo de desinstitutionalización. La transformación no se limitó al cierre de pabellones, sino que implicó una reconversión funcional del hospital, promoviendo internaciones breves y una progresiva disminución de camas asilares. Bajo la coordinación del Ministerio de Salud y de la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro, este proceso fue acompañado por políticas públicas específicas orientadas a la consolidación de una red de atención comunitaria. Los dispositivos creados se organizaron en tres grandes ejes: de atención, comunitario y de reintegración social. El primero incluyó los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y las unidades integradas a la atención primaria; el segundo abarcó los Centros de Convivencia y espacios culturales; y el tercero comprendió las resi-

dencias terapéuticas, talleres, cooperativas y programas de inserción laboral. En su conjunto, estas estrategias buscaron sustituir el modelo manicomial por un sistema territorial de cuidados, sustentado en la restitución de derechos y en la participación social (Magalhães y Silva, 2014). Sin embargo, la experiencia brasileña también evidenció límites y contradicciones. Se identificaron tensiones institucionales, resistencias por parte de algunos sectores profesionales —especialmente entre equipos médicos formados en el modelo hospitalocéntrico que cuestionaban la efectividad de los dispositivos comunitarios—, y marcadas desigualdades territoriales entre los municipios del Sudeste, donde se concentró la red de CAPS y residencias terapéuticas, y regiones del Norte y Nordeste con escasa cobertura de servicios (Yasui, 2010). A pesar de la existencia y expansión de dispositivos sustitutos, persistieron situaciones de exclusión y prácticas conservadoras, lo que demuestra que el cambio normativo y estructural no garantiza, por sí sólo, una transformación cultural profunda.

### **1.3. Clausuras y transformaciones: diferencias estructurales, problemas comunes**

La comparación entre ambas experiencias permite identificar diferencias sustantivas: Uruguay evidenció un cierre abrupto, carente de dispositivos sustitutos



suficientes; Brasil desplegó una transformación planificada, apoyada en legislación y políticas públicas sostenidas. Sin embargo, ambas muestran un punto común: el cierre físico de los manicomios no asegura, por sí sólo, la superación de las prácticas manicomiales.

La ausencia de dispositivos comunitarios robustos, la fragilidad de las políticas de salud mental, y las tensiones culturales en torno a la locura son desafíos persistentes tanto en Uruguay como en Brasil. La transformación real requiere no sólo cerrar edificios, sino reconstruir redes de cuidado, promover memorias colectivas, y garantizar inclusión y ciudadanía plena para las personas usuarias.

Estas experiencias nos interpelan sobre las condiciones estructurales necesarias para que el cierre del manicomio sea un acto reparador y no una nueva forma de desplazamiento social.

## **2. Desinstitucionalización: entre principios compartidos y recorridos divergentes**

La desinstitucionalización se ha consolidado como principio rector de las reformas psiquiátricas en América Latina. Siguiendo a Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), puede entenderse como un proceso que “libera de la necesidad del internamiento construyendo servi-

cios completamente sustitutos”, y que “transforma las necesidades de los enfermos, de los profesionales y de la comunidad a las que se respondía con el internamiento, construyendo respuestas completamente sustitutivas” (p. 176).

Desde esta perspectiva, desinstitucionalizar implica transformar las relaciones sociales y los dispositivos de poder que sustentan el manicomio, y no sólo modificar su estructura física. Definida de este modo —no sólo como el cierre de los manicomios, sino como un proceso integral orientado a la construcción de redes de atención comunitaria—, su incorporación en los marcos normativos regionales fue consagrada por la Declaración de Caracas (OPS, 1990). Sin embargo, las experiencias de Uruguay y Brasil demuestran que, bajo un mismo principio, pueden coexistir trayectorias profundamente divergentes.

En Uruguay, el retorno a la democracia trajo consigo la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental en 1986, todavía hoy una referencia central para comprender el horizonte reformista. Sin embargo, la falta de recursos y de voluntad política impidió su desarrollo efectivo. Una década más tarde, el cierre del Hospital Musto en 1996 marcó un punto de inflexión. Lejos de consolidar un modelo alternativo, evidenció

la fragilidad de la transición desde el paradigma asilar: la clausura, sin una red comunitaria que la sostuviera, no interrumpió la lógica manicomial y expuso la falta de planificación integral. Más que producir cambios estructurales, el proceso generó desplazamientos sociales y asistenciales, revelando la distancia entre los postulados de la reforma y sus condiciones materiales de implementación (Techera, 2025).

En Brasil, la desinstitucionalización avanzó de forma sostenida desde los años setenta, impulsada por el movimiento antimanicomial y luego respaldada por marcos legales como la Ley 10.216/2001. Este proceso consolidó políticas de desmanicomialización progresiva y la expansión de dispositivos comunitarios. En este marco se desarrolló la transformación de la Colonia Juliano Moreira, donde la reducción gradual de internaciones prolongadas se articuló con la creación de una red de servicios psicosociales orientados al territorio, la autonomía y la reintegración social (Magalhães y Silva, 2014).

La reforma brasileña, no se limitó al ámbito sanitario. Junto con la transformación institucional, emergieron experiencias artístico-culturales y comunitarias que abrieron nuevos diálogos con la sociedad y resignificaron el lugar de las personas usuarias. Iniciativas

como el Atelier Gaia, las cooperativas de trabajo, las viviendas asistidas vinculadas al territorio, el Museo Bispo do Rosário —que recupera y resignifica las memorias de quienes habitaron la institución— y expresiones culturales como el Bloco Imperio Colonial, constituyeron dispositivos de participación, creación colectiva y restitución simbólica. Estas experiencias configuran una forma de *desinstitucionalización cultural*, donde el arte y la vida cotidiana se convierten en espacios de cuidado y ciudadanía para las personas históricamente excluidas.

No obstante, ambos casos revelan tensiones y desafíos persistentes. En Uruguay, el cierre del Hospital Musto implicó un quiebre institucional sin consolidar de inmediato un modelo comunitario. Aunque la desinstitucionalización quedó en gran medida asociada a ese episodio, el país avanzó posteriormente en un marco normativo y político para sostener la reforma. La Ley N.º 19.529 (2017) y el Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027 establecieron el cierre progresivo de las instituciones asilares antes de 2025 y promovieron el desarrollo de dispositivos sustitutivos de base comunitaria.

Sin embargo, como advierte la investigación reciente (Silva y De León, 2021), persisten tensiones vinculadas a la falta de recursos suficientes, a la fragmentación

interinstitucional y a la convivencia de nuevas normativas con marcos jurídicos heredados que aún responden a paradigmas manicomiales.

En Brasil, aunque el proceso fue más sostenido y acompañado de un robusto movimiento social, se han evidenciado fenómenos de “remaniconialización”, donde dispositivos de puertas abiertas reproducen prácticas de control o formas de lo asilar simbólico, especialmente en territorios con menor inversión estatal.

La diferencia entre ambos procesos no radica sólo en su ritmo, sino en la capacidad de garantizar continuidad en los cuidados. Una desinstitucionalización efectiva exige más que trasladar personas: implica consolidar un modelo comunitario articulado con otras políticas sociales y capaz de asegurar derechos, vínculos significativos y apoyos personalizados. Esto requiere inversión sostenida, marcos normativos claros, formación crítica de los equipos y participación activa de las personas usuarias. Sin estos elementos, la desinstitucionalización corre el riesgo de reducirse a un cambio formal sin impacto real en las condiciones de vida.

Tal como señalan informes internacionales (OPS, 2015; OMS, 2021; ONU, 2022), la desinstitucionalización es un proceso continuo que exige transformacio-

nes estructurales, inversión sostenida y redes comunitarias consolidadas. La experiencia brasileña muestra los avances posibles cuando existe un horizonte político consistente, mientras que el caso uruguayo evidencia los riesgos de clausuras sin alternativas comunitarias ni continuidad institucional. En conjunto, ambos procesos muestran que la desinstitucionalización requiere planificación y compromiso estatal a largo plazo, más allá de la voluntad reformista.

La desinstitucionalización no puede reducirse al cierre administrativo de hospitales, sino que exige una transformación sistémica: dispositivos territoriales sólidos, articulación intersectorial, participación protagónica de las personas usuarias y garantías efectivas de ciudadanía. Sólo así es posible evitar que el cierre derive en nuevas formas de exclusión y consolidar cuidados en libertad basados en dignidad, autonomía e inclusión social. Estas experiencias ofrecen claves para repensar las políticas regionales de salud mental desde una perspectiva de derechos y ciudadanía.

### **3. Cuidado en libertad: condiciones, alcances y contradicciones**

Inspirado en la psiquiatría democrática italiana y en los aportes de Basaglia (1970, 2013), el cuidado en

libertad se ha consolidado como un pilar ético-político de las reformas psiquiátricas. No implica sólo reemplazar el encierro por dispositivos menores, sino promover modelos de atención basados en autonomía, acompañamiento comunitario y garantía de derechos. Este enfoque concibe el cuidado como un proceso relacional orientado a reconstruir vínculos y reconocer la libertad como valor terapéutico y social, cuestionando las formas históricas de segregación que legitimaron el manicomio.

En Uruguay, el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 formuló por primera vez lineamientos explícitos hacia la integración de la salud mental en el sistema general, promoviendo hospitalizaciones breves y atención ambulatoria. Sin embargo, la falta de asignaciones presupuestales específicas, la escasa creación de dispositivos comunitarios y la discontinuidad de los programas interinstitucionales impidieron su consolidación. El cierre del Hospital Musto puso en evidencia los límites estructurales de la reforma: sin una red comunitaria fortalecida, muchas personas quedaron expuestas a procesos de desprotección y exclusión.

Como se analizó en el apartado anterior, esta clausura se caracterizó por la ausencia de un relato institucional capaz de resignificar la experiencia y generar me-

moria colectiva. En este sentido, Baroni (2016) advierte que los procesos de desinstitutionalización uruguayos se desarrollaron sin políticas sostenidas de acompañamiento, lo que contrasta con el caso brasileño, donde la continuidad estatal y la expansión de dispositivos comunitarios permitieron sostener el proceso de transformación más allá del cierre físico de los hospitales.

En Brasil, el principio de cuidar en libertad se volvió una consigna central del movimiento antimanicomial y tuvo en la Colonia Juliano Moreira un escenario emblemático. Allí, la reducción de internaciones se acompañó de un debate sobre la democratización del cuidado, que —como señala Andrade (1992)— implicó no sólo cambios técnicos, sino la creación de un nuevo imaginario institucional capaz de transformar las relaciones entre usuarias/os, profesionales y comunidad. Este horizonte se materializó en cooperativas de trabajo, talleres artísticos, espacios culturales y residencias terapéuticas que ampliaron la participación y la ciudadanía. Sin embargo, dificultades presupuestarias, desigualdades territoriales y fragilidades intersectoriales tensionaron la continuidad de estos avances.

Las experiencias comparadas muestran que la reforma no puede reducirse a sustituir dispositivos ni al cierre de hospitales, sino que implica generar nue-

vas formas de ciudadanía y sociabilidad. Esto requiere políticas públicas sostenidas, memorias críticas y la resignificación de marcos jurídicos y culturales que legitimaron el encierro. En esta dirección, leyes como la 10.216/2001 en Brasil, la 26.657/2010 en Argentina y la 19.529/2017 en Uruguay, junto con debates que vinculan salud mental y derechos humanos, representan hitos de este proceso. Sin este trabajo político y comunitario, las reformas corren el riesgo de quedar en cambios administrativos sin impacto real en la vida de las personas.

Una dimensión clave, a menudo omitida en las políticas de salud mental, es la interdependencia entre el cuidado sanitario y los derechos sociales más amplios. El acceso a vivienda, trabajo, cultura y redes comunitarias activas es decisivo para evitar procesos de cronificación y exclusión. Informes internacionales recientes —ya citados más arriba— coinciden en que sin soporte social las reformas reproducen viejas lógicas manicomiales bajo formas descentralizadas.

Estos organismos recuerdan, además, que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) establece un marco vinculante para orientar las políticas públicas hacia la inclusión, la autonomía y el respeto de la diversidad psíquica. En

este sentido, se plantea la necesidad de avanzar hacia modelos de atención guiados por la justicia social y el apoyo mutuo, que prioricen el bienestar colectivo, la dignidad humana y la autonomía, más allá de los enfoques biomédicos centrados en el diagnóstico individual.

La desinstitucionalización no se limita a la ausencia de encierro, sino que exige construir entornos comunitarios habitables, inclusivos y capaces de brindar reconocimiento, sostén y participación. Esto demanda un compromiso sostenido que articule salud, educación, vivienda, cultura y trabajo, y que contemple la diversidad de trayectorias de vida. Más que un acto administrativo, la reforma es un proceso colectivo orientado a una sociedad más justa, donde el cuidado sea un derecho. En esta perspectiva, el cuidado en libertad y la continuidad de los apoyos se vuelven principios transversales cuya eficacia depende de la capacidad social y estatal de sostenerlos en el tiempo.

#### **4. Comunidad: territorios de cuidado o nuevos escenarios de exclusión**

En los procesos de reforma en salud mental de América Latina, la noción de comunidad se convirtió en un punto de referencia ineludible, asociada a la construcción de alternativas al encierro y a la restitución

ción de derechos. Más que un horizonte homogéneo, la comunidad debe entenderse como un campo en disputa, atravesado por tensiones entre inclusión y control social (Castel, 1995). Puede funcionar como espacio de hospitalidad en sentido ético, donde se promueven políticas de acogida y vínculos solidarios, pero también como escenario de precarización y nuevas formas de exclusión.

Las experiencias de Uruguay y Brasil muestran que el alcance del proyecto comunitario depende tanto de las condiciones materiales y políticas como de la capacidad de generar redes de cuidado efectivas y sostenibles. Allí donde el trabajo territorial se fortalece con recursos, participación social y articulación intersectorial, la comunidad puede constituirse en un verdadero territorio de cuidado. Por el contrario, cuando se la invoca sólo de manera discursiva o se la deja librada a la autogestión sin apoyos, tiende a reproducir desigualdades y desprotección.

Para comprender estas ambivalencias, resulta clave diferenciar la noción de comunidad de la de territorio. Mientras la comunidad remite al conjunto de vínculos y actores sociales implicados en las prácticas de cuidado, el territorio introduce una dimensión socioespacial más compleja, marcada por desigualdades estructu-

rales, relaciones de poder, memorias históricas y disputas simbólicas. Como advierten Furtado, Campos, y Cunha (2016), el territorio no puede reducirse a un área de cobertura técnica, sino que debe ser comprendido como espacio vivido, atravesado por trayectorias de exclusión y apropiaciones sociales múltiples. En esa línea, las prácticas de cuidado sólo adquieren densidad territorial cuando se inscriben en los vínculos reales entre sujetos y espacios concretos, más allá de las lógicas institucionales. Silva y Pinho (2015) coinciden en señalar que una comunidad no se transforma automáticamente en un territorio de cuidado si no se reconocen sus condiciones materiales y sociales. Sin esa mirada crítica, advierten, lo comunitario corre el riesgo de ser instrumentalizado como nuevo formato de control, reproduciendo dinámicas de vigilancia y marginalidad bajo formas descentralizadas.

En Uruguay, la construcción de una red comunitaria ha enfrentado obstáculos persistentes que limitaron su alcance. Aunque el Plan Nacional de Salud Mental de 1986 introdujo la idea de descentralizar la atención, la ausencia de políticas sostenidas, inversión adecuada y articulación intersectorial impidió su consolidación. Durante las décadas siguientes se desarrollaron experiencias diversas —policlínicas con atención en salud mental, equipos de salud mental comunitarios, centros

diurnos y casas asistidas— que constituyeron avances significativos, pero insuficientes para transformar el territorio en un verdadero espacio de cuidado.

En numerosos contextos, la apelación a la comunidad se tradujo en dispositivos con recursos escasos e inestables, incapaces de garantizar inclusión o sostén real. La falta de programas habitacionales robustos, las limitaciones en la inserción laboral y la débil articulación con otras áreas sociales profundizaron la marginación (Rudolf, 1996), mostrando que el desafío no era sólo crear nuevos servicios, sino articularlos dentro de un proyecto territorial coherente, sostenido y con participación social efectiva.

En Brasil, por el contrario, la comunidad fue concebida como un territorio activo de producción de ciudadanía. El proceso de transformación de la Colonia Juliano Moreira mostró que desinstitucionalizar no implica simplemente cerrar pabellones, sino generar nuevas formas de habitar el espacio social. La experiencia del *Condomínio Estela do Patrocínio*, como modalidad de vivienda colectiva autogestionada, reveló la potencia del protagonismo de las personas usuarias cuando se crean condiciones materiales, simbólicas y políticas que lo sostienen (Magalhães y Silva, 2014). En esta misma línea, Andrade (1992) ya advertía que la democra-

tización del hospital psiquiátrico no podía limitarse a reformas técnicas, sino que exigía una reconstrucción profunda de las relaciones sociales basada en el reconocimiento, la igualdad y la inclusión.

No obstante, estas experiencias también enfrentaron obstáculos significativos. A lo largo del proceso brasileño, se observaron resistencias institucionales, desigualdades regionales persistentes y etapas de desfinanciamiento asociadas a crisis políticas y giros conservadores en la orientación del Estado —particularmente durante los períodos de recorte del gasto público en salud y de recentralización de políticas federales entre 2016 y 2019 (Amarante y Nunes, 2018)—.

Incluso en dispositivos de puertas abiertas, como los CAPS o las residencias terapéuticas, se identificaron prácticas que reproducían lógicas manicomiales bajo formatos renovados, un proceso que diversos autores han denominado “remaniconialización” o “manicomialización difusa” (Yasui, 2010). Esto refuerza la idea de que la comunidad, por sí sola, no constituye garantía de inclusión o emancipación. Su capacidad transformadora depende de la continuidad política, la sostenibilidad económica, la formación crítica de los equipos y la existencia de marcos institucionales participativos.

En efecto, lejos de tratarse de una categoría neutra, la comunidad debe entenderse como un espacio en disputa. En ella pueden coexistir prácticas emancipadoras, basadas en la solidaridad y la autonomía, junto con dispositivos de control, vigilancia o exclusión simbólica. El verdadero desafío radica en sostener políticas públicas que fortalezcan las redes de cuidado territorial desde una lógica de derechos, asegurando que la desinstitutionalización no derive en nuevas formas de abandono, sino en alternativas vitales de convivencia, inclusión y reconocimiento mutuo.

La construcción de comunidades como verdaderos territorios de cuidado depende en gran medida de la participación activa de las personas usuarias y de sus colectivos. En Uruguay, experiencias como *Radio Vilardevoz*, *Bibliobarrio* o la *Cooperativa Dodici* han mostrado cómo la organización comunitaria permite recuperar la palabra y disputar espacios públicos de reconocimiento. En Brasil, las cooperativas de trabajo, las expresiones artísticas vinculadas al carnaval y los proyectos de comunicación popular —desde radios hasta iniciativas televisivas— evidencian que, cuando quienes transitaron la institucionalización asumen un rol protagónico, la comunidad adquiere densidad ética, política y simbólica.

No se trata sólo de producir actividades, sino de generar nuevos sentidos de ciudadanía y de transformar las representaciones sociales de la locura. En contraste, allí donde las reformas se reducen a dispositivos técnicos sin participación social efectiva, la comunidad tiende a convertirse en un escenario de control informal y de reproducción de exclusiones bajo nuevos formatos.

Desde una perspectiva comparativa, las experiencias uruguaya y brasileña muestran que el desafío no consiste en trasladar la atención desde el hospital hacia el territorio, sino en transformar ese territorio en un verdadero espacio de derechos. Ello exige recursos adecuados, voluntad política sostenida y la articulación de dispositivos intersectoriales capaces de integrar salud, educación, vivienda, trabajo y cultura. Al mismo tiempo, requiere el protagonismo activo de las usuarias/os y de las comunidades organizadas, para disputar sentidos y evitar que lo comunitario sea funcionalizado como simple mecanismo de control.

## 5. Memoria: entre el olvido y la reparación

La memoria histórica es una dimensión central de las reformas psiquiátricas, no sólo como reconstrucción del pasado, sino como herramienta para transformar el presente y evitar la repetición de violencias



institucionales. Recuperar las lógicas que estructuraron el régimen manicomial permite identificar sus huellas en el orden jurídico, sanitario y cultural contemporáneo. Sin un trabajo sostenido de memoria, el cierre de instituciones puede generar una ilusión de superación, mientras persisten formas renovadas de exclusión.

En Uruguay, el cierre del Hospital Musto no estuvo acompañado por una política pública de memoria ni por un reconocimiento institucional de su significado. La clausura se realizó en un clima de silenciamiento, sin registros sistematizados ni medidas de reparación. Esta falta de relato produjo una “desaparición simbólica” que invisibilizó a quienes habitaron la institución y dificultó procesos posteriores de restitución de derechos, elaboración crítica y producción de saberes situados.

Frente a este vacío institucional, diversos actores sociales impulsaron iniciativas orientadas a disputar el olvido y resignificar el cierre del Hospital Musto. Familiares, ex usuarias/os, antiguas trabajadoras y trabajadores, colectivos vinculados a la salud mental y organizaciones de derechos humanos protagonizaron acciones destinadas a recuperar la memoria colectiva y restituir la dimensión política de aquel acontecimiento. Entre estas experiencias destaca la creación, en 2016, del Espacio de Recuperación Patrimonial del Hospital

Vilardebó, impulsado por docentes y estudiantes de la Universidad de la República, junto con funcionarios, familiares y personas usuarias. Este espacio alberga una sala dedicada al cuidado del acervo documental y a otros registros históricos vinculados al Hospital Musto, contribuyendo a preservar la memoria institucional y a proyectar una mirada crítica sobre los procesos de desinstitucionalización en Uruguay.

Estas iniciativas configuran una “memoria desde abajo”, construida por quienes vivieron la institucionalización y el cierre, en contraste con los silencios de la memoria oficial. No se limitaron a recordar, sino a visibilizar lo ocurrido, cuestionar su naturalización administrativa y problematizar sus consecuencias sociales. En este sentido, la memoria se vuelve una práctica de resistencia frente al silenciamiento institucional, que habilita nuevas formas de narrar, reparar y reivindicar. Más que evocación del pasado, constituye una interpelección ética y política en defensa del derecho a la verdad, la justicia y la dignidad de quienes fueron institucionalizados.

En Brasil, la reforma incorporó la memoria como parte de su agenda política y cultural. Activistas, equipos de salud, usuarias/os, artistas y académicos construyeron colectivamente una narrativa que recupera

los hitos y tensiones del movimiento antimanicomial. Lejos de ser conmemorativa, esta memoria funciona como estrategia para sostener conquistas, transmitir valores y consolidar una identidad colectiva comprometida con la transformación del modelo de atención (Amarante, 2019).

Las políticas de reforma en Brasil también promovieron la restitución de memorias individuales mediante la reconstrucción de historias de vida, la identificación de personas institucionalizadas, la reanudación de vínculos familiares y el rescate de nombres propios. Esta perspectiva humanizadora fortaleció los procesos de egreso y afirmó la singularidad de cada persona, desplazando el diagnóstico como relato exclusivo y abriendo espacio a biografías que reconfiguran identidades y derechos.

Una diferencia central entre Uruguay y Brasil en este campo reside en el grado de institucionalización de las políticas públicas de memoria en salud mental. En Brasil, estas políticas incluyeron museos, centros de documentación, archivos públicos, memoriales y dispositivos artísticos comunitarios que recuperan las voces de los excluidos. Ejemplos emblemáticos son el *Museu de Imagens do Inconsciente*, fundado por Nise da Silveira en Río de Janeiro en 1952, y el *Museu Bispo do*

*Rosário Arte Contemporânea*, creado en 2002 en el antiguo predio de la Colonia Juliano Moreira. En estos espacios, la memoria se integra como política cultural y como forma de reparación simbólica, promoviendo la visibilización de las subjetividades históricamente silenciadas.

En Uruguay, las prácticas de memoria han dependido casi exclusivamente de colectivos sociales y universitarios, sin una política estatal integral de memoria, verdad y reparación. Esta ausencia dificulta la elaboración colectiva, favorece el ocultamiento de violencias pasadas y reproduce prácticas institucionales sin reflexión crítica sobre su genealogía. Mientras en Brasil la memoria se institucionaliza como parte de la reforma y de las políticas culturales, en Uruguay persiste como una iniciativa social y académica que aún busca reconocimiento estatal. Estas experiencias nacionales deben situarse en el marco más amplio de las luchas contra las violencias institucionales en América Latina. Desde una perspectiva de derechos humanos, el trabajo sobre el pasado se configura como una práctica política de reparación, fundamental para consolidar procesos democráticos y prevenir regresiones autoritarias. En el campo de la salud mental, esto implica no sólo recordar los crímenes y abusos cometidos, sino también visibilizar las injusticias actuales que reproducen aquellas

lógicas, promoviendo nuevas narrativas y sentidos colectivos emancipadores. Desde este enfoque, recuperar las experiencias de las personas institucionalizadas se vuelve una herramienta indispensable para visibilizar trayectorias históricas silenciadas, interpelar a la sociedad sobre las condiciones actuales de exclusión y desnaturalizar prácticas clínicas y sociales que perpetúan la estigmatización. Cuando este trabajo sobre el pasado es activo y sostenido, deja de ser un gesto meramente conmemorativo para convertirse en una condición política de transformación.

## **6. Sustitución del manicomio: del cierre físico a la construcción de alternativas**

Como prolongación del cuidado en libertad y del enfoque comunitario, la sustitución del manicomio constituye la dimensión operativa de estos principios y uno de los desafíos centrales de la reforma psiquiátrica. Superar el modelo asilar exige más que cerrar un edificio: requiere desarrollar de forma sostenida dispositivos comunitarios que garanticen acompañamiento integral, inclusión social y restitución de derechos. Sin estos procesos, las lógicas de exclusión pueden reaparecer bajo nuevos formatos institucionales. En Uruguay, el cierre del Hospital Musto no estuvo acompañado por una estrategia integral que fortaleciera dispositivos co-

munitarios capaces de absorber la demanda asistencial. No obstante, desde 1994 el Ministerio de Salud Pública había comenzado a implementar equipos comunitarios de salud mental orientados a la descentralización y al trabajo en el primer nivel de atención. Estos equipos multidisciplinarios, con once dispositivos en Montevideo y veintitrés en el interior, brindaban atención ambulatoria y apoyo a otros servicios de salud (Techera, 2025).

A pesar de su importancia, estas iniciativas, junto con otras experiencias previas impulsadas en los años ochenta —como las casas de medio camino, las cooperativas sociales y los centros diurnos— resultaron insuficientes para sostener el cierre del Musto. La falta de una inversión adecuada y sostenida, así como la escasa articulación intersectorial, derivaron en una fragmentación del sistema, dejando a numerosas personas en situación de desprotección o reubicadas en instituciones sin relación con el campo de la salud mental ni con una perspectiva de cuidado comunitario (Ginés *et al.*, 2005).

En Brasil, el proceso asociado a la Colonia Juliano Moreira avanzó mediante una red más amplia de dispositivos sustitutivos integrados al sistema de salud. Sin embargo, diversos estudios señalan que su presencia no garantiza por sí sola una sustitución efectiva: sin trans-

formaciones culturales ni recursos suficientes, persisten prácticas institucionalizantes en varios territorios, evidenciando los límites de una sustitución incompleta o meramente formal.

Una clave común en ambas experiencias ha sido la dimensión de sostenibilidad financiera y voluntad política. La sustitución efectiva exige políticas públicas estables, asignación presupuestaria adecuada y presencia estatal sostenida en los territorios. Las fluctuaciones políticas, las crisis económicas y las tendencias de mercantilización de los servicios impactan negativamente en la consolidación de redes comunitarias. Tanto en Uruguay como en Brasil, los avances han sido vulnerables a cambios de ciclo político y a recortes presupuestales que debilitan la continuidad de los procesos.

Otro elemento crítico es la intersectorialidad, entendida como la capacidad de articular el campo de la salud mental con otras políticas públicas. Las alternativas comunitarias no pueden limitarse a un dispositivo sanitario: requieren convenios y acciones coordinadas con programas de vivienda, inclusión laboral, educación y cultura, que garanticen condiciones materiales y simbólicas de integración social. En Brasil, esta articulación se expresó en iniciativas como el Programa *De Volta para Casa* (2003), orientado al apoyo económico

y social de personas externadas de hospitales psiquiátricos, y en acuerdos entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Ciudades para el desarrollo de residencias terapéuticas vinculadas a políticas habitacionales (Amarante y Nunes, 2018).

También se impulsaron proyectos de inserción laboral y talleres productivos en los CAPS, con resultados heterogéneos según el territorio. En Uruguay, en cambio, la débil integración intersectorial —particularmente con las áreas de vivienda y trabajo— ha sido una de las limitaciones más señaladas para la consolidación del modelo comunitario.

El legado de Basaglia sigue siendo clave para pensar la sustitución del manicomio: no basta con cerrar hospitales psiquiátricos, es necesario transformar las relaciones sociales, desestigmatizar la locura y reconstruir los vínculos comunitarios desde la perspectiva de ciudadanía (2013). La experiencia italiana demostró que el cierre físico es sólo un primer paso en un proceso más complejo de desinstitucionalización cultural y social.

## **7. Derechos humanos: entre reconocimientos normativos y desafíos persistentes**

La perspectiva de derechos humanos constituye el marco normativo y ético que orienta las reformas psi-

quiátricas contemporáneas en América Latina. Más que un marco jurídico, esta perspectiva opera como una ética del cuidado que interpela las prácticas institucionales cotidianas, redefiniendo las relaciones entre profesionales, personas usuarias y comunidad. Desde este enfoque, los derechos no se reducen a declaraciones legales, sino que se expresan en modos concretos de atención, en la participación efectiva de las personas usuarias y en la construcción de entornos inclusivos.

Diversas normativas nacionales, consagran estos principios al reconocer la salud mental como un derecho humano y promover la sustitución del modelo manicomial por redes comunitarias de atención y cuidado. Sin embargo, las experiencias uruguaya y brasileña muestran que el reconocimiento formal de derechos, aunque necesario, es insuficiente para garantizar transformaciones efectivas en las condiciones de vida y en la organización de los servicios. En Uruguay, las denuncias sobre violaciones de derechos humanos fueron un componente importante para visibilizar las condiciones inhumanas de los manicomios y legitimar el cierre del Hospital Musto. No obstante, la clausura se produjo sin un marco jurídico de protección y sin mecanismos de garantía explícitos para las personas afectadas. Fue recién en 2017, dos décadas después, que el país promulgó su Ley Nacional de Salud Mental N° 19.529 con

enfoque de derechos, incorporando principios fundamentales como el consentimiento informado, la atención comunitaria y la autonomía. Este desfase temporal expuso a las personas usuarias a un largo período de transiciones asistenciales sin garantías explícitas.

En Brasil, la referencia a derechos humanos estuvo presente desde los orígenes del movimiento antimanicomial, con una crítica explícita a las condiciones violatorias existentes en los manicomios. La Ley 10.216/2001 estableció un piso normativo para la protección de derechos, mientras la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) introdujo compromisos adicionales sobre inclusión, no discriminación y accesibilidad. No obstante, subsisten importantes brechas entre las normas y la realidad: prácticas de privación de libertad injustificadas, internaciones prolongadas, mecanismos insuficientes de supervisión y debilidades en el acceso efectivo a derechos básicos.

Una dimensión crítica identificada en ambas experiencias es la persistente distancia entre los avances normativos y su aplicación efectiva, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y desigualdad territorial. Allí donde los recursos públicos son escasos y las políticas sociales fragmentarias, la garantía de derechos

tiende a diluirse en prácticas asistenciales mínimas o mecanismos de control institucional. Este fenómeno afecta particularmente a los sectores más pobres, con menor acceso a información, recursos jurídicos y redes comunitarias de apoyo (Remersaro y Zubillaga, 2021).

Asimismo, la participación de las personas usuarias en la formulación de políticas públicas continúa siendo un desafío. Más que una herramienta de gestión, la participación constituye en sí misma un derecho y un principio democrático del cuidado, que garantiza el reconocimiento de las personas usuarias como sujetos políticos y no sólo como beneficiarios de servicios. Aunque tanto la legislación uruguaya (Ley 19.529/2017) como la brasileña (Ley 10.216/2001) reconocen la importancia de la participación, la implementación efectiva de espacios de deliberación y co-gestión ha sido limitada y desigual. En Brasil, experiencias como los *Conselhos de Saúde* y las *Conferências Nacionais de Saúde Mental* —instancias de representación paritaria entre personas usuarias, trabajadoras/es y gestores— han permitido debatir políticas y evaluar su cumplimiento (Brasil, Ministério da Saúde, 2022). En Uruguay, iniciativas como la Radio Vilardevoz y cooperativas sociales vinculadas a procesos de inclusión laboral constituyen ejemplos significativos de participación autogestionada y co-producción de cuidado.

La literatura especializada advierte que los derechos humanos no pueden limitarse a una dimensión normativa o simbólica. Para que tengan eficacia transformadora, deben traducirse en políticas públicas con recursos suficientes, dispositivos accesibles y mecanismos efectivos de exigibilidad y control. La existencia de legislación avanzada sin mecanismos de cumplimiento puede producir una *ficción de derechos*, concepto que alude a la brecha entre el reconocimiento formal y la garantía material de los derechos (Silva y De León, 2021).

Esta ficción se perpetúa cuando las instituciones carecen de memoria crítica sobre sus propias prácticas: sin memoria institucional, no hay posibilidad real de exigibilidad ni de reparación. En este sentido, la consolidación de una política pública de memoria en salud mental constituye una condición necesaria para transformar los marcos jurídicos en garantías efectivas y para sostener procesos de cuidado basados en derechos.

Desde una perspectiva comparativa, las reformas psiquiátricas deben ser evaluadas no sólo por sus marcos normativos, sino por su capacidad para generar prácticas concretas respetuosas de los derechos, especialmente en los eslabones más débiles del sistema: los territorios empobrecidos, los servicios de base y los

dispositivos residenciales. La clave es avanzar desde derechos declarados hacia derechos ejercidos, volviendo efectiva la promesa de ciudadanía para las personas con padecimiento psíquico.

### **8. Conclusiones finales: cierre, transformación y desafíos de las reformas psiquiátricas**

Las experiencias del cierre del Hospital Musto y de la transformación de la Colonia Juliano Moreira ofrecen lecciones complementarias sobre las posibilidades y límites de las reformas psiquiátricas en América Latina. Ambas muestran que el cierre de los manicomios no es un punto de llegada, sino el inicio de un proceso institucional, epistemológico y ético que redefine el cuidado, la ciudadanía y las relaciones entre saber y poder. Su alcance transformador depende de las condiciones políticas, sociales y comunitarias que los sostienen y de la capacidad colectiva de mantener en el tiempo los principios de libertad, participación y dignidad que fundamentan las reformas.

Un primer aprendizaje clave es que la desinstitucionalización no garantiza, por sí misma, la superación de las lógicas manicomiales. La clausura abrupta del Musto en un contexto de crisis, sin red comunitaria suficiente, generó desplazamientos asistenciales y zo-

nas de desprotección. La transformación programada del Juliano Moreira permitió avances más sostenidos, pero evidenció que incluso con dispositivos comunitarios expandidos, persisten resistencias institucionales, estigmas sociales y brechas territoriales.

Las reformas psiquiátricas se muestran especialmente frágiles en contextos de desigualdad estructural, alternancia de proyectos políticos y fragmentación de las políticas sociales. Esto reafirma la necesidad de que los procesos de transformación en salud mental estén anclados en políticas públicas intersectoriales, sostenibles en el tiempo y capaces de garantizar el acceso universal a dispositivos comunitarios de calidad. Sólo la articulación intersectorial —entre salud, vivienda, educación y protección social— puede garantizar que la salud mental sea tratada como un derecho y no como un servicio residual.

Otro eje central en los procesos de reforma psiquiátrica es la participación activa de las personas usuarias, sus familias y los diversos liderazgos surgidos de múltiples luchas por la conquista de derechos. La transformación del sistema de salud mental no puede desligarse de las trayectorias organizativas de colectivos históricamente vulnerados, cuyas experiencias han sido fundamentales para visibilizar violencias, disputar sentidos

y proponer nuevas formas de cuidado. Radios comunitarias, cooperativas sociales, colectivos de personas usuarias, ex usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría, así como movimientos por los derechos humanos, por los derechos de las personas en situación de calle, por la igualdad de género y contra el racismo y la discriminación, han demostrado que la democratización del cuidado es posible cuando las personas directamente afectadas asumen un rol protagónico en la definición, gestión y control social de los servicios. Esta participación no sólo implica ser escuchados, sino incidir efectivamente en las decisiones que los involucran. Allí donde predominan dispositivos burocráticos o prácticas clínicas autoritarias, las lógicas de exclusión tienden a reproducirse, incluso bajo discursos reformistas o institucionalmente modernizados. Por eso, una reforma auténtica exige que la voz y la experiencia de quienes han vivido la institucionalización, la medicalización o el abandono se constituyan en pilares legítimos para redefinir las políticas públicas desde una perspectiva de derechos, dignidad y justicia social.

La memoria aparece como condición transversal para cualquier transformación genuina. Allí donde se negaron las memorias del manicomio, se dificultaron los procesos de reparación y continuidad transformadora. Donde las memorias colectivas se fortalecieron,

los procesos de reforma lograron sostener horizontes críticos, proteger conquistas y consolidar espacios comunitarios de resistencia. En perspectiva regional, las reformas psiquiátricas enfrentan un dilema recurrente: el riesgo de transitar hacia cierres administrativos sin cambio cultural o hacia dispositivos comunitarios desfinanciados, carentes de potencia transformadora. La alternativa real es compleja y estructural: requiere modificar el sistema sanitario, los marcos normativos, los vínculos sociales y las representaciones culturales sobre el sufrimiento psíquico. El legado de Basaglia, las enseñanzas de la Declaración de Caracas, los aprendizajes brasileños y las advertencias del caso uruguayo coinciden en un punto esencial: el manicomio no es sólo un edificio, sino una lógica de exclusión que puede migrar a otras instituciones y prácticas si no es desafiada de manera integral. Superarlo requiere cambios sustantivos en las condiciones materiales de existencia, los circuitos de cuidado y las culturas institucionales.

La transformación auténtica se refleja en la expansión de derechos efectivos, en la consolidación de redes territoriales dinámicas y en la creación de formas de convivencia comunitaria donde la diferencia no se traduzca en segregación. Derribar muros institucionales constituye apenas un umbral: el verdadero desafío es construir sociedades capaces de acompañar el sufri-



miento psíquico desde la dignidad, la autonomía y la justicia social. Ello implica sostener políticas públicas integrales, promover memorias críticas y fortalecer la participación activa de quienes han sido históricamente marginados, para que la salud mental se afirme como un derecho colectivo y no como un privilegio parcial.

### Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2023). *Locura y transformación social*. Universidad Nacional de Lanús.

Amarante, P. (2019). *Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial*. Topía.

Amarante, P., y Nunes, M. O. (2018). *A reforma psiquiátrica brasileira e os desafios do desmonte das políticas de saúde mental*. Cadernos de Saúde Pública, 34(2), e00136717. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136717>

Andrade, M. S. de. (1992). *Democratização no hospital psiquiátrico: Um estudo da Colônia Juliano Moreira nos anos oitenta* [Tesis de maestría, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. UERJ. <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/3957>

Apud, I., Borges, C., y Techera, A. (2010). *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC, Universidad de la República.

Baroni, C. (2016, julio 4). *Un movimiento contra el olvido... Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante*. Hemisferio Izquierdo. <https://goo.su/3zjSx>

Basaglia, F. (1970). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.

Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio* (F. Ongaro Basaglia & M. G. Giannichedda, Eds.; F. Molina y Vedia, Trad.). Topía.

Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Saúde mental no SUS: Avanços e desafios da rede de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://goo.su/N6ii>

Cámara de Representantes de Uruguay. (1996). *Versión taquigráfica. Interpelación al Ministro de Salud Pública sobre el Hospital Psiquiátrico Musto*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.

Caponi, S., y Vásquez, M. F. (2015). *O asilo e a cidade: Histórias da Colônia Juliano Moreira* [Reseña]. Revista Brasileira de História da Ciência, 8(2), 391–393.

<https://rbhciencia.emnuvens.com.br/revista/article/view/187>

Castel, R. (1995). *Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado*. Paidós.

De León, N., y Fernández, J. (1996). *La locura y sus instituciones*. En Terceras Jornadas de Psicología Universitaria: Historia, violencia y subjetividad. Montevideo: Multiplicidades.

Furtado, J. P., Campos, G. W. S., y Cunha, G. T. (2016). *Território e cuidado em saúde mental: Entre a técnica e a política*. Cadernos de Saúde Pública, 32(9), e00059116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ginés, Á., Porciúncula, H., y Arduino, M. (2005). *El plan de salud mental: Veinte años después*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 69(2), 129–150.

Magalhães, T. dos A., y Silva, A. G. (2014). *Condo-*

*mínio Estela do Patrocínio e o processo de desinstitucionalização da Colônia Juliano Moreira*. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 6(13), 158–172.

Massonnier, I. (1997). *Historia del Hospital Musto: Apuntes para una memoria crítica* [Trabajo final de posgrado no publicado]. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: ONU.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Servicios de salud mental comunitarios: Orientaciones para promover enfoques centrados en la persona y basados en los derechos humanos*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Caracas: OPS. [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)

Remersaro, M., y Zubillaga, V. (2021). *Entre la norma y la práctica: Obstáculos para la garantía de derechos en salud mental*. En C. Silva & N. De León (Coords.), *Modificaciones normativas y política asistencial para el*

campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: Tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria (pp. 133–156). Montevideo: Universidad de la República, CSIC.

Rotelli, F., De Leonardis, O., y Mauri, M. (1987). *Desinstitucionalización: Otra vía*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21), 11–27.

Rudolf, S. (1996). *A diez años del Plan Nacional de Salud Mental*. En *Historia, violencia y subjetividad*. Montevideo: Multiplicidades.

Silva, C., y De León, N. (Coords.). (2021). *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la salud mental del Uruguay en el siglo XXI: Tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria*. Montevideo: Universidad de la República, CSIC.

Silva, L. C. da, y Pinho, L. B. de. (2015). *O cuidado em liberdade no território: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(6), 771–776. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/10091>

Techera, A. (2025). *Proceso de reforma de la salud mental en Uruguay: Análisis del cierre del Hospital Psiquiátrico Musto (1983–1996)* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Lanús].

Turnes, G. (2019). *Pablo Puerriel (1905-1975). Medicina y Pasión*. Montevideo. Ed. Granada

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>